Santé Canada
Health Canada

Meilleures pratiques

Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

On peut obtenir, sur demande, la présente publicaiton sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Aussi disponible sur Internet : http://www.cds-sca.com

Also available in English under the title: *Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems*

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteure, et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de cat. H49-154-2001F
ISBN 0-662-85452-7

Meilleures pratiques
Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

préparé par
Janet C. Currie, Focus Consultants
pour la
Division de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada

stratégie canadienne antidrogue

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes de nous avoir aidés à préparer cette étude :

- Virginia Carver (Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada) pour les conseils, l'appui et l'aide pratique qu'elle nous a apportés du début à la fin.

- Nancy Poole pour son intérêt, son soutien et pour nous avoir aidés à définir, à réviser et à appuyer les objectifs et le contenu du projet.

- Les membres du Groupe de travail pour le cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le plan de recherche, qui relève du Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues, pour nous avoir soutenus et aidés à choisir les experts et les ressources ainsi que pour nous avoir fourni des commentaires sur les diverses ébauches de ce rapport.

- Bette Reimer (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies) et Rob Harvey (Ministère de l'enfance et des familles de la C.-B.) pour nous avoir aidés à trouver les documents de référence.

- Tous les experts qui ont apporté leur contribution à cette étude avec tant de bonne volonté et d'enthousiasme.

Personnel affecté au projet

Directrice de l'étude :
Janet Currie

Consultante spéciale :
Nancy Poole

Personnel de recherche au projet :
Susanna Jani
Joanne Myers
Peggie-Ann Kirk

Traduction du document :
Les Traductions Houle Inc.

102-00425/

Table des matières

Résumé du rapport i

Section I : Contexte et description du projet. 1

1. Présentation et organisation du rapport 1
   - 1.1 Présentation et contexte 1
   - 1.2 Organisation de ce document 1
2. Objectifs et questions du projet 2
3. Sources d'information 3
   - 3.1 Entrevues auprès d'experts. 3
     - 3.1.1 Choix et caractéristiques des experts 3
     - 3.1.2 Entrevues avec les experts : méthodologie 5
     - 3.1.3 Durée et procédure de l'entrevue. 5
   - 3.2 Examen de la documentation 6
     - 3.2.1 Paramètres de l'examen de la documentation 6
     - 3.2.2 Premières sources de documentation 6
4. Paramètres du projet et définitions 7
   - 4.1 Point de mire sur les jeunes et les groupes spéciaux. 7
   - 4.2 Définitions : traitement et meilleures pratiques. 8
     - 4.2.1 Traitement 8
     - 4.2.2 Définition et portée des meilleures pratiques 8
   - 4.3 Définition de consensus 9
5. Limites du projet 9
   - 5.1 Portée de l'examen de la documentation. 9
   - 5.2 Sujets et groupes avec des besoins spéciaux dont ne traite pas ce rapport 10

Section II : Résultats 11

6. Habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : survol 11

6.1 Habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. 11

6.2 Problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes 12

6.3 Facteurs associés aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes 14

7. Données récapitulatives sur les groupes spéciaux 15

7.1 Jeunes de la rue, sans-abri et marginaux 15

7.2 Jeunes de minorités ethnoculturelles. 17

7.3 Jeunes qui ont des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale 17

7.4 Jeunes qui utilisent des drogues injectables ou qui sont atteints du VIH/sida, de l'hépatite B ou de l'hépatite C . . . 18

7.5 Jeunes autochtones 18

7.6 Jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire . . . 19

8. Obstacles au traitement 20

8.1 Obstacles types au traitement : le point de vue des experts. 20

8.1.1 Obstacles personnels 20

8.1.2 Obstacles liés aux relations avec la famille et les pairs 21

8.1.3 Obstacles structurels et obstacles liés aux programmes. 21

8.2 Obstacles auxquels sont confrontés les groupes spéciaux. . 23

8.2.1 Jeunes de la rue, sans-abri et marginaux 23

8.2.2 Jeunes qui ont des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale 23

8.2.3 Jeunes qui utilisent des drogues injectables 24

8.2.4 Jeunes de minorités ethnoculturelles 25
8.2.5 Jeunes autochtones 26
8.2.6 Jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire 27
8.3 Obstacles au traitement : examen de la documentation . . . 29
9. Meilleures pratiques : dépistage de traitement, prise de contact et engagement 30
9.1 Dépistage de traitement, prise de contact et engagement : le point de vue des experts 30
9.1.1 Emplacement et accessibilité physique des programmes 30
9.1.2 Approches et philosophie des programmes 31
9.1.3 Stratégies de dépistage des programmes 31
9.1.4 Structure et contenu des programmes 32
9.2 Dépistage de traitement, prise de contact et engagement au traitement : examen de la documentation 33
10. Rétention des clients au traitement 34
10.1 Rétention des clients au traitement : le point de vue des experts 34
10.1.1 Commentaires généraux 34
10.1.2 Évaluation et admission 35
10.1.3 Approche et philosophie des programmes 36
10.1.4 Dépistage auprès des familles 37
10.1.5 Contenu des programmes 37
10.1.6 Besoins des groupes spéciaux 38
10.2 Rétention au traitement : examen de la documentation . . . 39
11. Principes et valeurs du traitement 40
11.1 Principes et valeurs du traitement : le point de vue des experts 40
11.2 Valeurs et philosophie du traitement : examen de la documentation 42
12. Approches et méthodes de traitement 44
12.1 Approches et méthodes de traitement : le point de vue des experts 44

12.1.1 Approches de traitement pour aborder les questions de santé physique 44

12.1.2 Approches et méthodes de traitement pour aborder les questions personnelles (y compris les problèmes de santé mentale) 46

12.1.3 Approches et méthodes pour aborder les questions interpersonnelles 47

12.2 Meilleures pratiques en matière de gestion et de prévention des rechutes 48

12.3 Approches en matière de traitement : examen de la documentation. 50

13. Structure, durée et intensité des programmes 52

13.1 Structure et durée des programmes : le point de vue des experts 52

13.1.1 Structure du programme 52

13.1.2 Durée du programme 53

13.2 Structure, durée et intensité du traitement : examen de la documentation. 54

14. Services de soutien : type et intégration 55

14.1 Services de soutien nécessaires : perspective des experts. . 55

14.2 Intégration optimale des services : le point de vue des experts 56

15. Autres meilleures pratiques : le point de vue des experts 56

15.1 Caractéristiques du personnel 56

15.2 Participation des adultes en santé/thérapie de groupe. . . . 57

15.3 Élargir l'accès au traitement 58

15.4 Meilleures pratiques supplémentaires : examen de la documentation. 59

15.4.1 Caractéristiques du personnel 59

16. Évaluer les résultats des traitements 60

16.1 Évaluer les résultats des traitements : le point de vue des experts 60

17. Caractéristiques des programmes modèles 61

18. Bibliographie sélective 65

Liste des tableaux

Tableau 1: Les rôles des experts 3

Tableau 2 : Répartition géographique des experts 4

Tableau 3 : Types de programmes représentés par les experts 4

Tableau 4 : Obstacles types au traitement : le point de vue des experts 22

Tableau 5 : Obstacles au traitement : jeunes avec des besoins spéciaux : le point de vue des experts 28

Tableau 6 : Meilleures pratiques en matière de dépistage de traitement, de prise de contact et d'engagement : le point de vue des experts 33

Tableau 7 : Rétention des clients au traitement : le point de vue des experts 38

Tableau 8 : Principes et valeurs des traitements : le point de vue des experts 40

Tableau 9 : Approches et méthodes de traitement spécifiques pour supporter un traitement efficace : le point de vue des experts 49

Tableau 10 : Structure, durée et intensité des programmes : le point de vue des experts 54

Tableau 11 : Meilleures pratiques : éléments supplémentaires : le point de vue des experts 58

Tableau 12 : Éléments de programme modèle : le point de vue des experts 62

Résumé du rapport

Ce rapport a pour but de déterminer les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation des jeunes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Les meilleures pratiques sont définies et décrites dans les domaines de dépistage, de la prise de contact et de l'engagement des clients, de la rétention des clients au traitement, des valeurs et de la philosophie globales des traitements, des approches et des méthodes adoptées, de la prévention des rechutes, de la structure de traitement et de l'intégration des services de soutien pertinents. Les recommandations relatives aux meilleures pratiques sont fondées sur les résultats d'entrevues menées auprès de 33 experts ainsi que sur un examen de la documentation récente relative à ces domaines. Le rapport traite également des obstacles qui empêchent certains jeunes d'obtenir du traitement.

Afin d'avoir un contexte pour étudier les obstacles au traitement et les approches efficaces pour les jeunes, le rapport résume les principes généraux de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Canada et nous fournit un aperçu des facteurs associés à la consommation d'alcool et de drogues. Les caractéristiques de groupes précis de la population, comme les jeunes de la rue, les jeunes autochtones ou les jeunes qui ont des problèmes judiciaires, sont également décrits.

Les obstacles personnels ou structuraux (c'est-à-dire liés au programme) et ceux qui sont liés à la famille ou à la collectivité (à ses pairs) sont abordés du point de vue de la jeunesse dans son ensemble et du point de vue de groupes précis de la population. La plupart des experts ont indiqué que les obstacles liés aux programmes et aux structures (le manque global de programmes, le fait que les services soient inaccessibles d'un point de vue géographique, le manque de services de dépistage et les longues listes d'attente) étaient les obstacles les plus durs à franchir lorsque des jeunes voulaient obtenir un traitement.

Le rapport décrit un ensemble précis d'obstacles qui nuisent au traitement de groupes spéciaux. Par exemple, selon les experts, les jeunes qui ont des problèmes concomitants de consommation d'alcool ou autres drogues ainsi que des troubles de santé mentale/de psychiatrie sont davantage touchés par des problèmes liés à la coordination et à la prestation des services, tandis que les croyances et les pratiques culturelles et familiales constituent des obstacles pour les jeunes de groupes ethnoculturels.

Les experts ont indiqué les meilleures pratiques dans le domaine de la prise de contact et de l'engagement au traitement, du point de vue de l'emplacement physique du traitement, du dépistage et de la philosophie globale du traitement, des services de dépistage ainsi que du contenu et de la structure du programme. La présence physique du personnel du programme dans les lieux où les jeunes se rassemblent de même que la prestation de soutien direct et de formation pour le

personnel qui travaille auprès d'institutions qui offrent des services aux jeunes (en particulier les écoles) sont considérés comme des éléments essentiels de la stratégie de dépistage des services.

Une perspective réaliste en matière de rechutes, une méthode axée sur la réduction des méfaits, une approche souple et centrée sur les personnes ainsi que la participation de la famille sont des approches essentielles lorsqu'il s'agit d'inciter les jeunes à poursuivre le traitement. Une approche globale, du point de vue psycho-social, qui met l'accent sur l'acquisition de compétences, des activités appropriées d'un point de vue culturel (selon le cas) ainsi qu'un aspect récréatif sont des éléments idéals pour le traitement des jeunes.

Le rapport énonce également les meilleures pratiques pour les questions de santé physique et mentale ainsi que pour les problèmes interpersonnels de même que pour la gestion et la prévention des rechutes. Certaines des meilleures pratiques énoncées reposent sur des évaluations physiques et mentales complètes, des mesures globales pour régler les problèmes de santé, des informations nutritionnelles, l'adoption de modes de vie sains, des approches pratiques et créatives en matière d'acquisition de compétences, la participation directe des parents, une approche didactique par rapport à la rechute ou l'importance des travaux de groupe et de l'interaction avec ses pairs.

Certaines caractéristiques du personnel, notamment le fait qu'il fasse preuve de respect et de confiance, qu'il adopte une approche non hiérarchique, qu'il accepte et qu'il comprenne les rechutes et qu'il soit en mesure de faire la démonstration de modes de vie sains, sont également désignées comme des meilleures pratiques.

Les experts s'entendent sur le fait que le traitement des jeunes devrait être distinct du traitement des adultes et que ces derniers devraient pouvoir accéder à un système de soins dont le type et la durée correspond précisément à leurs besoins. La documentation pertinente abonde dans le même sens. Il y a également un consensus global sur la nécessité de fournir un accès facile à des services complémentaires coordonnés de diverses manières.

Le rapport aborde également la question de l'évaluation des résultats et de l'efficacité du traitement. Les articles spécialisés et les experts s'accordent, à savoir que le succès d'un traitement devrait être mesuré de manière multidimensionnelle à l'aide de diverses évaluations portant sur la qualité de vie, sur les clients ainsi que sur la réduction de la consommation d'alcool et autres drogues.

Ce rapport est organisé en deux sections principales. La section I comprend une présentation du projet et fournit le contexte de celui-ci, y compris la définition, les paramètres et les limites du projet. La section II comprend les résultats du projet, y compris un résumé de l'opinion des experts et les résultats de l'examen de la documentation. Chaque sous-section est classée par thèmes (par exemple, les obstacles au traitement). Les opinions des experts ainsi que les résumés des articles spécialisés (selon le cas) sont présentés pour chaque thème.

Section I : Contexte et description du projet

1. Présentation et organisation du rapport

1.1 Présentation et contexte

Ce projet sur les meilleures pratiques de traitement des jeunes a été lancé par Santé Canada. Il est issu d'un programme de recherche mis sur pied par le Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues.

Le projet a été dirigé par un comité de consultation : le Groupe de travail pour le cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le plan de recherche qui relève du Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues. Le mandat du groupe de travail est de mettre au point des recommandations pour la création d'un cadre de responsabilisation et d'évaluation du Programme de traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) ainsi que de surveiller l'élaboration et la réalisation d'études qui stimuleraient l'élaboration de programmes innovateurs de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie en déterminant les meilleures pratiques, en évaluant des modèles de programmes de traitement et de réadaptation, en menant une recherche innovatrice sur les problèmes nouveaux et en diffusant dans tout le pays les données les plus récentes.

Ce projet a été mené simultanément avec un autre projet sur les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ces deux études se fondent sur un travail initial entrepris par Santé Canada pour déterminer les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation intitulé : *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999a).

1.2 Organisation de ce document

Ce rapport est divisé en deux sections principales. La section I comprend une présentation et une mise en contexte du projet, y compris les définitions de l'étude, les paramètres et les limites. La section II énonce les résultats du projet, y compris les résultats des entrevues menées auprès des experts et les conclusions de l'examen de la documentation. Chaque sous-section est classée par sujet (par exemple les obstacles au traitement). Les opinions des experts ainsi que les résumés des études disponibles sont présentées dans le cadre de chaque domaine d'étude.

2. Objectifs et questions du projet

L'objectif global de ce projet est de :

- Diffuser des informations récentes sur les meilleures pratiques en matière de traitement et de réadaptation des jeunes qui ont des problèmes d'alcool ou d'autres drogues partout au Canada.

L'objectif de ce projet est de :

- Définir les meilleures pratiques ainsi que les éléments et les soutiens essentiels, à l'aide de résultats de recherche, en matière de programmes de traitement et de réadaptation destinés aux jeunes.

Plus précisément, le projet aborde les questions suivantes :

- Quels sont les obstacles qui empêchent les jeunes d'obtenir un traitement ou d'avoir accès à celui-ci?
- Dans le cadre des domaines suivants, quelles sont les meilleures pratiques qui donnent les meilleurs résultats en matière de traitement?
  - le dépistage des clients, la prise de contact et l'engagement;
  - la rétention des clients en traitement;
  - la philosophie et les valeurs globales du traitement;
  - les méthodes particulières de traitement (questions de nature physique, personnelle ou interpersonnelle);
  - la prévention des rechutes;
  - la structure du traitement (durée, intensité, organisation);
  - l'intégration des services de soutien pertinents.
- Quelle est la manière la plus pertinente, la plus réaliste et la plus efficace de définir le succès du traitement pour les jeunes?
- Quelles sont les caractéristiques d'un programme de traitement idéal pour les jeunes?

3. Sources d'information

Les responsables de ce projet se sont servis de deux sources principales d'information pour déterminer les meilleures pratiques de traitement des jeunes; elles sont décrites en détail ci-dessous. Il s'agit :

- d'entrevues détaillées avec des experts qui oeuvrent dans le domaine du traitement des jeunes ou dans des domaines connexes;
- d'un examen ciblé de la documentation récente décrivant les éléments de traitement qui ont le plus de chances d'entraîner des résultats positifs.

3.1 Entrevues auprès d'experts

3.1.1 Choix et caractéristiques des experts

Nous avons établi une première liste d'experts à partir des recommandations émises par le groupe de travail fédéral/provincial/territorial responsable du projet. Les experts ont été recommandés en fonction de leurs connaissances d'une vaste gamme d'approches pour le traitement des jeunes ainsi que de leur expertise à découvrir des moyens de traitement idéaux. Les experts comprenaient les personnes suivantes :

- des thérapeutes travaillant directement avec des jeunes en traitement;
- des administrateurs et du personnel oeuvrant dans le domaine du traitement des jeunes;
- des gestionnaires de programmes et de politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Tableau 1 : Les rôles des experts

Rôle de l'expert	Nombre
Fournisseur de traitement (direct)	5
Directeur/coordinateur de programme de traitement	23
Expert-conseil en traitement ou en politiques	5
Nombre total d'experts	**33**

Tableau 2 : Répartition géographique des experts

Province/territoire	Nombre total d'experts par province/territoire	Province/territoire	Nombre total d'experts par province/territoire
Colombie-Britannique	8	Québec	2
Alberta	2	Nouveau-Brunswick	2
Saskatchewan	3	Nouvelle-Écosse	1
Manitoba	4	Terre-Neuve	3
Ontario	7	Territoires du Nord-Ouest	1
Nombre total d'experts			**33**

Trente-trois experts ont participé à l'étude sur les meilleures pratiques. Dans plusieurs cas, les commentaires et les recommandations ont été regroupés, ce qui, en fin de compte, a donné lieu à 28 « réponses ». La plupart des provinces et des territoires (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Yukon[1]) étaient représentés.

Les divers types de traitement étaient représentés de manière équilibrée par les groupes d'experts. Bien que le mandat des programmes soit souvent assez vaste (les programmes résidentiels fournissent généralement des services de suivi ou de dépistage), tous les types de traitement fondamentaux ont été représentés.

Tableau 3 : Types de programmes représentés par les experts

Type de programme représenté	Nombre d'experts
Programmes portant surtout sur la désintoxication	2
Programmes à plusieurs niveaux (prévention, consultation externe ou en résidence)	9
Essentiellement résidentiel	8
Essentiellement externe	7
Programme de jour intensif	2
Élaboration de programmes et de politiques	5
Nombre total d'experts	**33**

1 Dans certaines régions, il n'a pas été possible d'établir des contacts avec des répondants.

3.1.2 Entrevues avec les experts : méthodologie

Nous avons effectué l'entrevue des experts par téléphone à l'aide d'un questionnaire détaillé composé de questions qualitatives. Ils ont dû désigner et décrire les éléments suivants :

- les besoins des jeunes et les obstacles qui les empêchent d'obtenir du traitement.
- les meilleures pratiques, les approches et les procédés principaux dans chacun des domaines fondamentaux suivants :
  - les services de dépistage des clients, la prise de contact et l'engagement;
  - la rétention des clients en traitement;
  - les valeurs et la philosophie du traitement;
  - les méthodes de traitement (pour les questions de nature physique, mentale ou interpersonnelle ainsi que les questions de santé);
  - la prévention des rechutes;
  - la structure du traitement (durée, intensité, organisation);
  - l'intégration des services de soutien supplémentaires;
  - la manière la plus pertinente, réaliste et efficace de déterminer la réussite des jeunes en traitement;
  - les caractéristiques d'un programme de traitement idéal pour les jeunes.

Nous avons laissé aux répondants le temps d'approfondir chacune des questions en fonction de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur expérience. Tous les répondants n'ont pas répondu à toutes les questions. Dans certains cas, les experts ont fait valoir qu'ils préféraient une entrevue de groupe. Dans l'un des cas, le spécialiste a choisi de remplir le guide qui traitait de l'entrevue plutôt que de passer l'entrevue téléphonique. Des citations des experts sont abondamment utilisées dans l'ensemble de ce document pour illustrer les principales questions et pour développer certains sujets fondamentaux. Pour les citations, nous avons respecté les termes et les formulations utilisées par les experts.

3.1.3 Durée et procédure de l'entrevue

Nous avons d'abord communiqué par téléphone avec les répondants éventuels. Une télécopie leur a ensuite été envoyée pour leur expliquer de façon plus détaillée le contexte, l'objectif et le contenu de l'entrevue. Les entrevues duraient entre 45 minutes et deux heures, soit en moyenne une heure et quart environ. Après chaque entrevue, nous avons transmis nos remerciements à tous les participants par télécopie.

3.2 Examen de la documentation

3.2.1 Paramètres de l'examen de la documentation

Nous avons effectué un examen ciblé de la documentation dans le but d'obtenir une perspective scientifique pour les sujets précis définis ci-dessus (nous avons tenté de mettre l'accent sur la documentation postérieure à 1990). L'examen de la documentation était fondé sur des sources qui résumaient les résultats des recherches et des évaluations dans le but de déterminer les meilleures pratiques. Il s'agissait, notamment :

- d'études portant sur les données de recherches relatives aux résultats des traitements destinés aux jeunes;
- d'études comparatives de programmes utilisant différentes approches ou méthodes;
- de données portant sur l'évaluation de programmes.

Nous nous sommes surtout inspirés d'un document intitulé *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse* (Spooner, Howard et Mattick, 1996) publié par le National Drug and Alcohol Research Centre de l'université de South Wales. Ce document comprend des examens de la documentation et des analyses détaillés classés par domaine de recherche (causes et conséquences de l'alcoolisme et de la toxicomanie, recherches sur les résultats des traitements et maintien des clients en traitement) ainsi que des résultats des consultations effectuées auprès de thérapeutes et de patients.

Nous sommes conscients que certains des documents portant sur les résultats des traitements pour la consommation abusive d'alcool et autres drogues sont caractérisés par divers problèmes méthodologiques, notamment une conception inadéquate, le fait que les sujets ne soient pas répartis de manière aléatoire, l'absence de groupes de contrôle composées de personnes qui ne sont pas en traitement et le peu de données de base sur les patients et l'alcoolisme et la toxicomanie (Eliany et Rush, 1992). Lorsque nous avons constaté des problèmes méthodologiques de ce genre, nous en avons fait part; cependant, nous n'avons pas été en mesure de critiquer la fiabilité ou la validité des sources utilisées.

3.2.2 Premières sources de documentation

Pour produire la bibliographie initiale de notre examen de la documentation, nous nous sommes servis de diverses ressources, nous avons notamment effectué de vastes recherches bibliographiques ainsi que des recherches bibliographiques ciblées à l'aide des sources suivantes :

- Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies : recherche bibliographique ciblée sur le traitement des jeunes qui ont des problèmes d'alcool ou autres drogues (Canada);
- National Institute on Drug Abuse : bibliographie annotée par sujets, résumé des recherches du NIDA (bibliographie);
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie - Les problèmes d'alcool et de drogues chez les adolescents et bibliographie ciblée;
- Recherche dans les résumés de Prevline : Centre national d'information sur l'alcool et les autres drogues;
- Recherche au sein du NEDTAC (le National Evaluation Data and Technical Assistance Centre qui est financé par le Centre for Substance Abuse Treatment);
- Recherche par mots clés (service d'accès à la documentation);
- Recherche dans la base de données de la bibliothèque du Lindsmith Centre;
- Diverses études génériques menées par Santé Canada et par la Division de la Stratégie canadienne antidrogue.

4. Paramètres de l'étude et définitions

4.1 Point de mire sur les jeunes et les groupes spéciaux

Le projet porte sur les obstacles qui nuisent au traitement et aux meilleures pratiques en matière de traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes âgés de 12 à 21 ans. Cette tranche d'âge correspond généralement aux critères d'admission utilisés par les répondants dans le cadre de leurs programmes et à ceux que l'on retrouve dans la documentation sur le traitement des jeunes.

Bien que le projet porte sur la découverte des obstacles et des résultats liés à la jeunesse en général, le rapport traite également des meilleures pratiques relatives à certains groupes qui ont des besoins spéciaux, notamment :

- les jeunes autochtones,
- les jeunes de minorités ethnoculturelles;
- les jeunes qui utilisent des drogues injectables ou qui sont atteints du VIH/sida;
- les jeunes qui ont des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale;
- les jeunes ayant des démêlés avec le système judiciaire;
- les jeunes marginaux, isolés ou sans-abri.

À l'exception des réponses sur les obstacles (où les experts ont émis des commentaires précis liés aux sous-groupes), les commentaires des experts portaient généralement sur tous les types de patients. Lorsque des meilleures pratiques précises s'adressent à des groupes spéciaux, nous l'avons noté dans le corps du texte.

4.2 Définitions : Traitement et meilleures pratiques

4.2.1 Traitement

Dans le cadre de ce rapport, le mot traitement est défini de la manière suivante : « un ensemble organisé d'approches et de stratégies qui aident les patients à réduire ou à éliminer des comportements problématiques en matière de consommation d'alcool ou autres drogues et qui stimulent un comportement personnel et interpersonnel sain ». Bien que le terme « traitement pour la consommation d'alcool et autres drogues » corresponde à une seule entité, il s'agit en fait d'un réseau de services complexe et variable.

Au Canada, conformément à la Stratégie canadienne antidrogue (Santé Canada), les services de traitement et de réadaptation comprennent les éléments suivants :

> services de désintoxication, dépistage et intervention précoce, évaluation et aiguillage, consultation de base et prise en charge, intervention thérapeutique, suivi médical. Le traitement est offert sur place, à l'extérieur ou à titre de traitement d'un jour, y compris des soins résidentiels de courte ou de longue durée. (Santé Canada, 1998 : 9)

4.2.2 Définition et portée des meilleures pratiques

La définition des meilleures pratiques, du point de vue de la prestation de programmes dans le domaine de la santé, a été abordée de manière plus ou moins rigoureuse.

> Dans le domaine de la santé, la mise en application du principe de « meilleures pratiques » varie de la publication pure et simple de pratiques particulières sous la rubrique intitulée « meilleures »,. . . au dépistage systématique de ce qui pourrait constituer une pratique exemplaire dans le cadre d'un problème de santé ou d'un domaine de pratique particulier, . . . à une enquête scientifique rigoureuse visant à découvrir les éléments de preuve liés à des pratiques particulières. (Varcoe, 1998 : 4)

Dans ce projet, les meilleures pratiques sont définies comme « des approches et des éléments de traitement qui semblent engendrer les meilleurs résultats pour les jeunes et qui font l'objet d'un consensus parmi les experts. »

Dans ce projet, les meilleures pratiques sont fondées sur l'expérience, le raisonnement et le point de vue des experts. L'examen de la documentation permet en outre de donner plus de poids aux opinions et aux conclusions des experts.

4.3 Définition de consensus

Les experts ont mentionné toute une gamme de meilleures pratiques en réponse à chacune des questions de l'étude. Cependant, seules les réponses qui faisaient l'objet d'un consensus ont été intégrées à ce rapport. Pour que l'on considère qu'une réponse fait l'objet d'un consensus, il faut qu'au moins quatre experts soient d'accord à ce sujet. Un niveau de consensus élevé est indiqué dans le texte. Nous avons également mentionné certaines opinions et certaines recommandations moins unanimes portant sur des sujets précis lorsqu'elles servaient à illustrer ou à développer un thème général.

Comme le questionnaire se composait de questions ouvertes et que les questions ne visaient pas à parvenir à un consensus, nous n'avons pas indiqué le nombre d'experts (N) ayant répondu à chacune des questions.

5. Limites du projet

5.1 Portée de l'examen de la documentation

L'examen de la documentation nous fournit une perspective supplémentaire sur les domaines de recherche définis dans cette étude (section 2.0). Il ne s'agit pas d'un aperçu détaillé des types de consommation d'alcool ou autres drogues chez les jeunes, de leurs caractéristiques, des besoins en matière de traitement ou de l'expérience thérapeutique. Bien que l'étude fournisse certaines informations générales (par exemple sur les variables associées aux problèmes d'alcool et autres drogues chez les jeunes), ces informations sont uniquement fournies à titre de contexte pour ce rapport.

L'examen de la documentation a révélé de nombreuses lacunes dans la documentation, notamment en ce qui à trait aux obstacles qui empêchent les jeunes de participer à un traitement. Nous avons également constaté l'absence de recherches fondées sur des données empiriques liant des approches et des méthodes de traitement à leurs résultats et à leur influence. Dans le cadre de ces domaines de recherche, les experts constituaient notre source d'information primaire. Nous avons aussi constaté l'absence de documentation sur les besoins et les expériences en matière de traitement de groupes précis comme les minorités ethnoculturelles ou les jeunes autochtones.

5.2 Sujets et groupes ayant des besoins spéciaux dont on ne traite pas dans ce rapport

Plusieurs groupes spéciaux (par exemple les jeunes gais et lesbiennes ainsi que les jeunes avec des besoins spéciaux) ne faisaient pas partie du mandat initial de ce projet et leur situation n'est pas abordée de manière détaillée. Plusieurs répondants ont mentionné les obstacles et les besoins spéciaux du traitement des jeunes gais et lesbiennes.

Deux autres domaines se rapportant au traitement des jeunes n'ont pas été mentionnés par les répondants et ne sont rarement abordés dans la documentation.

- **Les besoins particuliers et les approches efficaces lorsqu'il s'agit de traiter des adolescents et des adolescentes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie.** Le traitement fourni aux jeunes est toujours évalué de manière unidimensionnelle, bien qu'il soit évident que les adolescents et les adolescentes passent par un développement différent et n'ont pas les mêmes besoins. Le traitement réservé aux adultes varie en fonction du sexe (par exemple, les femmes réagissent davantage à un modèle de traitement relationnel), mais ces différences n'ont pas été étudiées du point de vue des jeunes femmes. Spooner et coll. (1996) ont noté que les premières études portant sur le sujet semblaient indiquer que la consommation d'alcool et autres drogues chez les adolescents et les adolescentes était semblable, mais que les femmes sont davantage motivées et influencées par les relations interpersonnelles et le soutien que ne le sont les hommes.
- **Différences des groupes d'âge**. La documentation et les experts ne font pas de distinction entre les jeunes qui sont au début de l'adolescence (11 à 14 ans) et ceux qui sont à la fin de celle-ci (15 ans ou +), bien qu'il y ait visiblement des différences cognitives et d'autres différences développementales qui pourraient avoir une influence sur le traitement dans ces groupes d'âge. Là encore, on ne dispose pas d'assez de documentation sur l'influence de l'âge.

Section II : Résultats

6. Habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : survol

6.1 Habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes

L'abus d'alcool ou de drogues chez les jeunes est différent de celui des adultes non seulement quant aux habitudes générales de consommation et aux substances utilisées, mais également quant à la signification et aux facteurs liés à la consommation. L'examen de plusieurs études portant sur la consommation d'alcool ou de drogues parmi les adolescents et les jeunes adultes (Harvey-Jansen, 1994; Hewitt et coll., 1995; Weinberg et coll., 1998; Adlaf et coll., 1999; Faist et Santé Canada, 1999b, 1999c) a permis de rendre les conclusions suivantes :

- l'alcool, le cannabis et le tabac sont les drogues les plus fréquemment consommées par les jeunes;
- les différences relatives au sexe, du point de vue de la consommation de drogues, sont moins marquées chez les jeunes que chez les autres groupes d'âge;
- les recherches effectuées au cours des deux dernières décennies ont généralement révélé une diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes; cependant, cette tendance pourrait être en train de s'inverser;
- la consommation fréquente de quantités élevées d'alcool (cinq consommations ou plus au cours d'une seule séance) se retrouve surtout chez les jeunes qui sont à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte en comparaison avec les autres tranches d'âge;
- certaines études révèlent une augmentation de la consommation d'alcool excessive chez les jeunes;
- l'alcool et la marijuana sont les substances les plus susceptibles d'entraîner de graves problèmes;
- la consommation de marijuana a beaucoup augmenté à la fin des années 1990 après avoir diminué au cours des deux dernières décennies selon des études nationales, provinciales et territoriales;
- la consommation d'autres drogues illégales (par exemple, cocaïne, amphétamines, solvants et substances hallucinogènes) semble être en augmentation chez les jeunes;
- la consommation d'héroïne est relativement peu élevée;
- les jeunes consomment relativement peu de médicaments;

- les stimulants, la codéine, le demerol et la morphine sont les substances les plus fréquemment utilisées (et celles qui risquent le plus d'engendrer une dépendance);
- parmi les toxicomanes, la consommation de drogues multiples est fréquente;
- les périodes de consommation d'alcool ou de drogues ont tendance à être brèves (en raison de facteurs liés à l'âge).

Un sondage sur la consommation de drogues effectué auprès des élèves de l'Ontario[2] de 1977 à 1999 (Adlaf et coll.) a révélé que les taux de consommation de drogues, qui étaient en déclin depuis les années 1980, avaient recommencé à augmenter. Comme le notent les auteurs de ce rapport : « Depuis 1993, la consommation de drogues légales et illégales est en hausse, à tel point que, en 1999, seule deux drogues sur seize était moins consommées qu'elles ne l'étaient en 1979. » (Adlaf et coll., 1999 : iii).

On a également remarqué une tendance à la hausse en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick[3] pour ce qui est de la consommation de drogues illégales chez les jeunes. Par exemple, le pourcentage d'étudiants qui consomment du cannabis, des stimulants médicaux ou non médicaux, de la psilocybine, de la mescaline, des tranquillisants non médicaux, de la cocaïne ou du crack, des PCP ou de l'héroïne a augmenté de façon marquée, le pourcentage ayant parfois doublé entre 1991 et 1998 (Province de la Nouvelle-Écosse, 1998 : 4). À Terre-Neuve, bien que le pourcentage total de toxicomanes n'ait pas changé depuis 1996-1997, la proportion de consommateurs de drogues multiples a augmenté (Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey, 1998). L'étude sur la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les étudiants (1997) menée par la Addictions Foundation of Manitoba a révélé que bien que la consommation d'alcool chez les étudiants ait diminué de façon notable, la consommation et la tolérance des autres drogues était en augmentation.

6.2 Problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes

Bien que les études nationales et provinciales semblent démontrer une tendance à la baisse pour ce qui est de la consommation d'alcool chez les jeunes au cours des deux dernières décennies au Canada, la consommation pourrait bien avoir recommencé à augmenter. En particulier, les taux de consommation élevée, d'intoxication ou d'alcoolisme n'ont pas connu la même diminution (Adlaf et coll., 1999, Santé Canada 1999b, 1999c); par exemple, le pourcentage d'étudiants de l'Ontario qui ont bu cinq consommations ou plus en une seule occasion à cinq reprises ou plus au cours des quatre dernières semaines est passé de 3,9 p. 100 des

2 Le sondage de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (maintenant le Centre de toxicomanie et de santé mentale) sur la consommation d'alcool et de drogues des étudiants de l'Ontario (1977-1999) s'étend sur 22 ans et constitue l'étude la plus longue sur la consommation de drogues chez les jeunes au Canada.

3 Une étude complète des données propres aux provinces dépasserait le cadre de ce rapport. Les données provenaient essentiellement de la Ontario Drug Use Survey ainsi que de plusieurs études provinciales sur les étudiants des années 1991-1998

buveurs de l'année précédente, en 1995, à 7,1 p. 100 en 1999. Cependant, l'étude n'a pas révélé de changements du point de vue des problèmes d'alcool rapportés. En outre, davantage d'étudiants ont déclaré ne pas être en mesure d'arrêter leur consommation de drogues en 1999 qu'en 1997 - 6,5 p. 100 par rapport à 2,9 p. 100 (Adlaf et coll., 1999). À l'échelle nationale, le pourcentage d'étudiants qui ont déclaré qu'ils avaient été « vraiment saouls » à deux reprises ou plus a diminué entre 1990 et 1994; cependant, ce taux a de nouveau augmenté légèrement entre 1994 et 1998 pour ceux qui étaient en huitième et en dixième année (Santé Canada, 1999c). Chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans, la proportion de personnes désignées comme de gros buveurs a presque doublé entre 1994-1995 et 1996-1997 (Santé Canada, 1999b).

Les études nationales et provinciales/territoriales ont révélé une tendance à la hausse du point de vue de la consommation de substances illicites, en particulier du cannabis. La consommation de cannabis est associée à d'autres comportements à risques comme l'alcool et le tabagisme, le fait d'avoir des amis qui consomment des drogues, l'absentéisme scolaire et l'intimidation (Santé Canada, 1999c).

Des tendances similaires ont également été remarquées aux États-Unis où les données indiquent une remontée soudaine de la consommation d'alcool et autres drogues chez les jeunes au cours des années 1990. Cependant, seule une fraction des consommateurs répondent aux critères d'alcoolisme et de toxicomanie et de dépendance (on en a découvert entre 1 p. 100 et 3,5 p. 100 dans le cadre de trois études nationales) (Weinberg et coll., 1998).

Cependant, il pourrait être difficile de définir ce qui constitue un problème d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes lorsque l'adolescence elle-même est caractérisée par des changements liés à la réalisation de tâches difficiles en matière de développement, y compris :

- l'éloignement par rapport à la famille;
- l'établissement d'une forme d'autonomie et d'identité;
- la création d'un système de valeurs personnelles (y compris une tendance à la marginalisation).

Pour ces raisons, une certaine consommation d'alcool, de drogues et de tabac est considérée comme « normative » d'un point de vue statistique, particulièrement à la fin de l'adolescence. Jessor a noté que l'adolescence était :

> . . . une période au cours de laquelle divers comportements liés à la santé étaient acquis puis testés – à la fois des comportements pouvant nuire à la santé, comme la consommation de drogues ou l'activité sexuelle précoce, et des comportements qui risquent d'améliorer la situation de santé. . . . (Jessor, 1991 : 7)

Les habitudes de consommation à l'adolescence ne permettent pas toujours de prévoir les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie à long terme. George et Skinner (1991) ont découvert que les taux de récupération de ceux qui avaient des problèmes d'alcool en bas âge étaient élevés (73 à 88 p. 100 pour les femmes, 55 à 80 p. 100 pour les hommes). Ils ont désigné deux sous-groupes parmi les adolescents qui buvaient beaucoup ou qui avaient des problèmes d'alcool :

- la plupart des jeunes, qui vont acquérir de la maturité et qui arrêteront leur consommation excessive, souvent sans intervention officielle;
- un plus petit groupe qui risque d'aller vers une dépendance chronique à l'alcool.

Les auteurs affirment qu'une progression semblable existe pour les jeunes qui consomment des drogues autres que l'alcool.

Il est difficile de reconnaître ceux qui font partie de ce groupe à risques et, la plupart du temps, il faut effectuer une évaluation multidimensionnelle portant sur les éléments suivants :

- le niveau et l'intensité de la consommation de drogues;
- l'influence de la consommation sur les relations personnelles, sociales et familiales;
- l'influence de la consommation sur la santé (George et Skinner, 1991; Wilkinson et Martin, 1991).

6.3 Facteurs associés aux problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes

Une analyse de plusieurs examens de grande ampleur portant sur la documentation relative aux besoins et à l'efficacité des traitements offerts aux jeunes (Wilkinson et Martin, 1991; Spooner et coll., 1996; Weinberg et coll., 1998) semble indiquer que les facteurs suivants sont souvent liés aux problèmes d'alcool et de drogues chez les jeunes :

- l'influence des pairs (cela pourrait cependant être moins important qu'on ne l'a déjà pensé) (Scheier et coll., 1997);
- les facteurs liés à la scolarité;
- les facteurs génétiques et biologiques;
- le sexe (masculin);
- les attitudes/les traits de personnalité/le tempérament (la relation entre les particuliers et leur environnement, le degré d'isolement ou le sentiment d'impuissance);
- les questions d'identité (par exemple les connotations négatives);
- le niveau d'estime de soi;
- les mécanismes permettant de gérer le stress;

- les facteurs relatifs au macroenvironnement (comme le stress);
- la santé mentale (il y a une forte corrélation entre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et les troubles psychiatriques, y compris la dépression clinique, les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires, les troubles bipolaires et l'anxiété);
- le dysfonctionnement cognitif ou les problèmes de maîtrise de soi (planification, jugement et autorégulation en raison de l'utilisation et de l'exposition directe des jeunes *in utero*);
- le degré de connaissances;
- l'âge auquel le jeune a commencé à consommer;
- la prévention des rechutes, les aptitudes d'adaptation (mettre l'accent sur les impulsions et les envies);
- les variables/les composantes des drogues ainsi que les risques et les attitudes envers les substances;
- la consommation d'alcool et de drogues des parents;
- les antécédents en matière d'agressions physiques et sexuelles pendant l'enfance;
- la personnalité antisociale ou troubles psychiatriques des parents (comme les mères atteintes de dépression);
- le stress dû à la famille;
- le fait d'être sans domicile fixe;
- les facteurs socio-économiques (bien que cet aspect soit sujet à controverse, il semble exercer une certaine influence).

Bien qu'il y ait un consensus général sur l'importance de ces facteurs connexes, certains sont sujets à controverse, sont soumis à des variables médiatiques ou nécessitent des études et des analyses plus poussées.

7. Données récapitulatives sur les groupes spéciaux

Cette section, fondée sur la documentation disponible, constitue un résumé des habitudes générales de consommation et des besoins, en matière de traitement, de groupes particuliers de la population tels qu'ils sont définis dans cette étude.

7.1 Jeunes de la rue, sans-abri et marginaux

Dans cette étude, on définit les jeunes de la rue comme ceux qui vivent dans des situations passagères sans résidence familiale établie. Les jeunes de la rue consomment des drogues et de l'alcool en réaction à la violence familiale et aux difficultés de la vie dans la rue.

Bien que deux études sur les jeunes de la rue, menées à Toronto (1990-1992), semblent démontrer que la consommation de drogues illicites chez les jeunes est en baisse[4] (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997), dans l'ensemble, les jeunes de la rue déclarent consommer davantage d'alcool et de drogues que la moyenne des jeunes.

La version la plus récente du *Profil canadien : alcool, tabac et autres drogues, 1999* (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999) a révélé qu'entre le quart et la moitié des jeunes de la rue déclaraient qu'il leur arrivait souvent de consommer beaucoup d'alcool. Pour ce qui est de la consommation d'autres drogues, le pourcentage de gens qui consomment du cannabis varie de 66 à 88 p. 100 et le pourcentage de gens qui consomment de la cocaïne varie de 18 à 64 p. 100. Les jeunes de la rue ont également beaucoup plus de problèmes liés à une forte consommation de drogues, y compris des problèmes professionnels, juridiques, psychologiques et éducatifs ainsi que des problèmes de santé (Smart et Ogborne, 1994).

De manière semblable, aux États-Unis, dans le cadre d'un examen portant sur quatre études nationales (Greene et coll., 1997) dont le but était d'analyser la prévalence de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les jeunes fugueurs et les jeunes sans-abri âgés de 12 à 21 ans, on a découvert que la consommation de drogues (marijuana, hallucinogènes, cocaïne, drogues inhalées et injectables) était généralement plus élevée chez les jeunes de la rue tandis que la consommation d'alcool était plus élevée chez ceux qui ne vivaient pas dans la rue. Azrin et coll. (1994) ont découvert que la consommation de drogues multiples était également plus élevée chez les jeunes de la rue.

L'infection par le VIH constitue un risque important pour les jeunes de la rue en raison de la consommation de drogues, du partage des seringues, des relations sexuelles à risques, du manque d'hygiène et du manque de ressources des programmes. Au Canada, le pourcentage de jeunes de la rue qui consomment des drogues injectables toute leur vie varie d'environ 11 p. 100 à l'échelle nationale, à 48 p. 100 pour les hommes et 32 p. 100 pour les femmes chez les jeunes de la rue de Vancouver (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999).

4 L'étude a révélé que, entre 1990 et 1992, moins de jeunes de la rue de Toronto ont déclaré avoir consommé du cannabis, du LSD, de la cocaïne, des tranquilisants, des amphétamines, de l'héroïne ou du « Ice ».

7.2 Jeunes de minorités ethnoculturelles

Il y a relativement peu d'articles portant sur les habitudes de consommation des jeunes des minorités ethnoculturelles. Une étude américaine (National Institute on Drug Abuse, 1995) traitant de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité, de la mortalité et des conséquences de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur la santé des immigrés et des membres de groupes ethniques a permis de conclure que les jeunes Américains d'origine asiatique déclaraient consommer très peu de drogues par rapport à d'autres groupes de la population. Cependant, ces études n'ont pas permis de déterminer si les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie éprouvés par les membres des minorités n'étaient pas rapportés en raison de facteurs culturels, du racisme du grand public ou du manque de programmes adaptés à leur culture (Longshore et coll., tels que cités par Spooner et coll., 1996).

Westermeyer (1997), dans le cadre d'une étude sur les jeunes réfugiés éprouvant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, a découvert que ce groupe de jeunes d'une minorité ethnoculturelle était caractérisé par les éléments suivants :

- une myriade de problèmes y compris des troubles psychiatriques, des problèmes de santé, de l'isolement social, de la violence et des comportements antisociaux;
- des troubles familiaux;
- l'évolution rapide de leurs problèmes (augmentation marquée de la consommation au cours d'une courte période);
- la consommation de drogues plutôt que d'alcool.

7.3 Jeunes qui ont des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale

Bien qu'il existe certaines lacunes du point de vue des recherches épidémiologiques sur les jeunes de même que des problèmes d'évaluation des troubles psychologiques, la recherche démontre clairement qu'il existe un niveau élevé de prévalence concomitante de l'alcoolisme et de la toxicomanie et de troubles mentaux chez les jeunes (ce qui reflète les données de la population adulte), bien que la nature du lien ne soit pas clairement définie.

Dans le cadre d'une récapitulation des études sur la population, des études cliniques et des études sur les jeunes qui ont des problèmes concomitants de santé mentale d'alcoolisme et de toxicomanie dans les institutions de soins, Greenbaum et coll. (1996) ont découvert que *toutes* les études faisaient état d'une forte corrélation entre la consommation d'alcool et autres drogues et les troubles mentaux. Environ la moitié des jeunes recevant des services de santé mentale étaient décrits comme souffrant de problèmes connexes. Parmi les jeunes qui souffrent de troubles multiples, les troubles de comportement et la dépression sont les problèmes mentaux les plus fréquents.

7.4 Jeunes qui utilisent des drogues injectables ou qui sont atteints du VIH/sida, de l'hépatite B ou de l'hépatite C

Dans le cadre de l'étude semestrielle sur la consommation de drogues chez les étudiants de l'Ontario, on a émis un compte rendu sur l'utilisation de drogues injectables (Adlaf et coll., 1997). Entre 1991 et 1997, le pourcentage d'étudiants qui se sont injectés des drogues non médicales au cours des 12 mois qui ont précédé l'étude, pour les années 1991 à 1997, variait de 1,5 p. 100 en 1995 à 0,8 p. 100 en 1997. Le pourcentage de ceux qui ont déclaré avoir partagé des seringues au cours de l'année précédente est resté en-dessous de 0,5 p. 100 pour toutes ces années. Le pourcentage de ceux qui consomment des drogues injectables et qui partagent les aiguilles est plus élevé chez les jeunes de la rue. Une étude récente menée à Montréal a permis de déterminer que 36,1 p. 100 de ceux-ci avaient consommé des drogues injectables au cours de leur vie et que, parmi ceux-ci, 58 p. 100 avaient déjà partagé des seringues (Roy, 1999).

Au Canada, le sida est rare chez les jeunes. Depuis le 31 décembre 1999, 0,4 p. 100 des cas connus de sida étaient des adolescents (de 10 à 19 ans) et 15,7 p. 100 étaient de jeunes adultes (20 à 29 ans); étant donné le temps qui peut s'être écoulé entre l'infection et le diagnostic de sida, il se pourrait bien que les gens du deuxième groupe aient été infectés quand ils étaient adolescents (Santé Canada, 2000). Chez les jeunes adolescents (10 à 19 ans), le sida est presque totalement lié à l'exposition au sang ou à des produits sanguins contaminés. Cependant, parmi ceux qui se trouvent dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans, 4 p. 100 des cas étaient attribués à l'utilisation de drogues injectables et 4 p. 100 de plus étaient attribués aux relations homosexuelles masculines ou à l'utilisation de drogues injectables. Les mêmes habitudes de consommation sont également vraies pour le VIH (Santé Canada, 2000).

Une des études portant sur les jeunes de la rue au Canada a fait état de taux d'infection de 3,9 p. 100 pour le VIH, de 26,5 p. 100 pour l'hépatite C et de 16,2 p. 100 pour l'hépatite B.

7.5 Jeunes autochtones

Selon le *Profil canadien* de 1997 et de 1999 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1997, 1999), les jeunes autochtones :

- éprouvent de deux à six fois plus de risques, pour tous les problèmes liés à l'alcool, que le reste de la population;
- utilisent plus souvent des solvants que les autres jeunes Canadiens. Un jeune autochtone sur cinq a utilisé des solvants; un tiers de tous les utilisateurs ont moins de 15 ans et plus de la moitié de tous les utilisateurs de solvants commencent à en utiliser avant l'âge de 11 ans;

- ont davantage de chances de consommer tous les types de drogues illicites (jeunes des Premières Nations et jeunes Métis) que les jeunes qui ne sont pas autochtones;
- commencent à utiliser des substances (tabac, solvants, alcool et cannabis) à un bien plus jeune âge que les non autochtones.

Les jeunes autochtones sont également surreprésentés dans la plupart des groupes les plus vulnérables à la contamination par le VIH, notamment les gens qui habitent au centre-ville, ceux qui travaillent dans l'industrie du sexe ainsi que les personnes incarcérées.

7.6 Jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire

Il semble y avoir une forte corrélation entre l'alcoolisme et la toxicomanie chez les jeunes et le fait d'avoir des problèmes avec le système judiciaire, bien que la nature de cette corrélation ne soit pas claire. Dans une étude portant sur 847 jeunes inscrits à 11 programmes de traitement différents, en Ontario, Smart et Ogborne (1994) ont découvert que :

- 48 p. 100 des jeunes de la rue et 36 p. 100 des jeunes qui ne vivaient pas dans la rue étaient en libération conditionnelle, avaient été libérés sur parole, avaient été mis en liberté sous caution ou étaient en attente de jugement;
- 30 p. 100 des jeunes de la rue et 16 p. 100 des jeunes qui ne vivaient pas dans la rue avaient été dans un centre de correction au cours des six derniers mois.

Une étude portant sur 121 jeunes qui avaient été inscrits à des traitements externes, en séances individuelles ou de groupe, pour l'alcoolisme et la toxicomanie, à Toronto (83 p. 100 de toutes les inscriptions au cours d'une période de six mois) a révélé que 50 p. 100 de l'échantillon avait, d'une façon ou d'une autre, eu des démêlés avec le système judiciaire; 18 p. 100 de l'échantillon a dû s'inscrire au traitement en raison de la décision d'un tribunal (Ogborne, 1997).

De nombreux jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire sont atteints du syndrome de l'alcoolisme foetal (SAF) et autres effets de l'alcool sur le foetus (EAF). Une étude portant sur 287 jeunes de Colombie-Britannique auxquels on avait ordonné de subir une évaluation psychologique ou psychiatrique, dans le cadre du système judiciaire pour les jeunes (1995-1996), a révélé que 23,3 p. 100 d'entre eux étaient atteints du SAF ou de troubles connexes (Fast et coll., 1999).

Les jeunes qui ont des troubles attribuables à la consommation d'alcool et autres drogues et qui ont également des démêlés avec le système judiciaire manifestent souvent les caractéristiques suivantes :

- de nombreux problèmes (socio-économiques/psychologiques/comportementaux);
- un contexte social chaotique caractérisé par un faible niveau de scolarité et de soutien familial (Kosky et coll, tel que cité dans Spooner et coll., 1996);

- une faible motivation ou une ambivalence à l'égard du traitement si le traitement est obligatoire;
- des problèmes de violence qui risquent de rendre la participation au traitement difficile.

8. Obstacles au traitement

8.1 Obstacles types au traitement : le point de vue des experts

Les experts ont décrit trois types d'obstacles qui empêchaient les jeunes d'obtenir un traitement ou qui limitaient cette possibilité :

- **Les obstacles personnels** liés à la perception que le jeune a de lui-même, son manque de connaissances ou la coexistence de plusieurs problèmes personnels;
- **Obstacles liés à la famille et aux relations avec ses semblables;**
- **Obstacles structurels ou obstacles liés au programme.**

8.1.1 Obstacles personnels

L'obstacle personnel principal (désigné par 16 experts sur 28) est le fait de ne pas reconnaître son problème et de le nier. Selon les répondants, la dénégation, chez les jeunes, comporte les aspects suivants :

- l'inaptitude à gérer un problème parce qu'il ou elle est convaincu(e) que son comportement est normal et qu'il s'agit seulement de l'évolution de tous les adolescents;
- l'inaptitude à déceler les problèmes en raison de l'impossibilité de conceptualiser les problèmes ou à utiliser des pensées abstraites;
- la crainte d'explorer des questions plus fondamentales qui sous-tendent les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (par exemple des sévices sexuels ou psychologiques)
- le sentiment d'invincibilité, l'impression de tout savoir;
- la tendance à minimiser les problèmes graves.

Le deuxième obstacle personnel décrit par les experts est le manque de confiance et l'existence de problèmes mentaux et personnels (comme une faible estime de soi, la dépression, l'existence de troubles d'apprentissage et de troubles psychiatriques ou mentaux concomitants) qui empêchent les jeunes de prendre conscience de la nécessité d'obtenir du traitement et d'accéder au traitement. L'un des experts a souligné que les jeunes qui avaient été malmenés pendant longtemps, d'un point de vue sexuel ou psychologique, risquaient de devenir indifférents et de manquer de motivation

pour obtenir du traitement. Ils consomment de l'alcool et d'autres drogues dans le but de gérer leurs situations personnelles et pour éprouver le sentiment qu'il n'y a pas d'autre solution.

Enfin, les experts ont souligné que les jeunes étaient souvent isolés et qu'ils ne sont pas conscients des programmes qui sont disponibles, de la manière dont ils sont organisés et de ce qu'ils peuvent apporter. Lorsque ce manque global de sensibilisation s'ajoute à des services d'approches médiocres, cela donne lieu à peu de contacts.

8.1.2 Obstacles liés aux relations avec la famille et les pairs

Trois obstacles liés à la famille ont été mis à jour par les experts. Premièrement, il est possible que les jeunes aient des parents qui souffrent eux-même de problèmes d'alcool ou de drogues, ce qui influence leur aptitude à obtenir un traitement pour leurs enfants et à soutenir ce traitement. Deuxièmement, il arrive que les parents n'accordent pas de soutien ou qu'ils ne désirent pas participer au traitement parce qu'ils nient l'étendue ou la gravité des problèmes d'alcool ou de drogues de leur enfant. Troisièmement, selon les experts, l'éclatement de la famille et les abus peuvent engendrer des liens de famille dysfonctionnels où les parents ne sont pas en mesure d'influencer les décisions de leurs enfants.

L'influence négative de ses pairs (les valeurs de ses pairs et les relations avec ces derniers) a été désignée comme un obstacle important pour les jeunes qui cherchent à obtenir un traitement pour leur consommation d'alcool ou de drogues. Les activités et les valeurs de ses semblables peuvent tendre à normaliser la consommation d'alcool ou de drogues au point qu'il est difficile de prendre conscience ou de comprendre l'influence négative de la consommation d'alcool ou de drogues. La culture des jeunes constitue une solution de rechange au contrôle et à l'autorité des adultes même lorsque les valeurs prédominantes sont négatives.

8.1.3 Obstacles structurels et obstacles liés aux programmes

Les experts ont découvert davantage d'obstacles structurels ou liés aux programmes que d'obstacles personnels ou liés à la famille. Il y avait également davantage d'unanimité sur les obstacles liés aux programmes qui empêchent les jeunes d'obtenir du traitement. Nous avons découvert les obstacles structurels suivants :

- en général, il manque de programmes au Canada, en particulier de programmes orientés vers les besoins propres aux jeunes.
- les programmes existants sont souvent inaccessibles, en particulier pour les jeunes qui vivent dans des régions éloignées ou isolées.
- il n'y a pas assez de personnes qualifiées pour orienter les jeunes.

- les services d'approche sont inadéquats et il n'y a pas assez d'informations accessibles, au sein de la collectivité, sur le traitement des jeunes. Souvent, ils ne sont pas au courant des types de traitement disponibles ou des possibilités offertes par le traitement.
- un manque spécifique de traitements résidentiels pour les jeunes qui ont besoin d'un environnement intensif et hautement structuré.
- les programmes ont souvent de longues listes d'attente, il est donc difficile d'accéder au traitement en temps voulu.
- les coûts élevés (par exemple le transport) empêchent certaines personnes d'obtenir un traitement.

Pour bon nombre d'experts, la question de la *disponibilité* des programmes demeure le principal obstacle au traitement des jeunes :

> *Notre problème est l'absence de ressources – des programmes pour répondre aux besoins essentiels de tous les jeunes et des programmes de base pour les jeunes de la rue.*

***

> *Notre province souffre d'une épidémie mais elle dispose de moins de 20 places (subventionnées).*

Tableau 4 : Obstacles types au traitement : le point de vue des experts

Obstacles personnels primaires	Obstacles primaires liés à la famille	Obstacles primaires liés à la structure ou aux programmes
▪ Dénégation/ne pas reconnaître le problème ▪ La valeur de ses pairs et l'appartenance à un groupe tendent à normaliser l'usage de drogues ▪ Questions personnelles qui nuisent à l'accès au traitement (estime de soi, santé mentale et problèmes cognitifs) ▪ Manque de connaissances quant aux possibilités de traitement	▪ Abus de la part des parents ▪ Problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie des parents ▪ Manque de soutien de la part des parents/dénégation ▪ Éclatement de la famille	▪ Absence de programmes axés sur les jeunes ▪ Longues listes d'attente ▪ Difficulté d'accès des programmes existants ▪ Manque de travailleurs qualifiés pour orienter les jeunes ▪ Peu d'informations sur les services d'approche ▪ Absence de traitement résidentiel spécialisé

8.2 Obstacles auxquels sont confrontés les groupes spéciaux

Nous avons demandé aux experts d'indiquer les obstacles liés à des groupes ayant des besoins spéciaux. Bon nombre des obstacles énoncés étaient les mêmes que ceux que l'on avait mentionné pour les jeunes en général, bien que l'importance accordée aux divers obstacles variaient d'un groupe à l'autre. Dans la plupart des cas, on a surtout mis l'accent sur les obstacles liés à la structure ou aux programmes.

8.2.1 Jeunes de la rue, sans-abri et marginaux

Les experts ont noté que les jeunes de la rue, les jeunes sans-abri et les jeunes marginaux devaient faire face à tous les obstacles vécus par les jeunes en général, mais de manière plus intense. Les jeunes sans-abri ou les jeunes de la rue n'ont pas l'habitude de s'inscrire de leur propre chef à des programmes et ils ne connaissent pas les lieux d'inscription ni les processus d'aiguillage. Les conditions de vie extrêmement stressantes (comme la pauvreté et l'absence de logements adéquats) et les problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale rendent l'inscription personnelle problématique. Les jeunes de la rue et les jeunes sans-abri éprouvent également davantage de méfiance et d'hostilité à l'égard des institutions de la société et ils manquent généralement de soutien familial pour les aider à obtenir du traitement, à en payer les coûts ou à les planifier.

Du point de vue de la structure et des programmes, les experts ont indiqué que les facteurs suivants constituaient des obstacles pour ce groupe :

- absence de services accessibles immédiatement (24 heures), y compris l'accès à des services de désintoxication;
- les conditions d'entrée des traitements sont parfois difficiles à respecter pour les jeunes de la rue;
- le manque de services complémentaires, comme un hébergement sûr et sécuritaire, qui sont des conditions préalables à un traitement efficace.

> *Les jeunes ont besoin d'un milieu de vie sécuritaire. Il est difficile d'avoir accès à un programme de jour lorsque les jeunes ne se sentent pas en sécurité là où ils vivent.*

8.2.2 Jeunes qui ont des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale

Les experts ont indiqué les obstacles liés à la structure ou aux programmes, notamment le peu d'intégration et de coordination entre les systèmes de traitement pour la santé mentale et pour l'alcoolisme et la toxicomanie, comme l'obstacle le plus important pour ce groupe. Ce manque d'intégration

est lié aux différences en matière de philosophie, de définitions des rôles et d'approche de chaque système. Les répondants ont décrit cette relation entre deux systèmes comme étant caractérisée par :

- les malentendus culturels fondés sur des interprétations différentes et des priorités différentes en matière de besoins;
- les désaccords entre le personnel responsable du traitement de la santé mentale et celui qui est responsable du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie au sujet des priorités pour le patient;
- l'absence de personnel polyvalent;
- l'insuffisance du nombre de psychiatres de l'enfance dans le système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie;
- le manque de coordination entre les services; allées et venues des jeunes entre les deux systèmes;
- seule une partie du contenu du programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est compatible avec les besoins des patients en matière de santé mentale et vice-versa;
- absence de gestion coordonnée/rôles, structure et processus mal définis.

Les experts ont également indiqué que le système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne disposait pas de la capacité de générer des diagnostics complets pour permettre au personnel de fournir des traitements de manière efficace, qu'il manquait de personnel qualifié pour gérer à la fois les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et les problèmes de santé mentale, et qu'il manquait de programmes spécialisés qui soient en mesure de traiter des patients qui éprouvent ces deux genres de problèmes.

8.2.3 Jeunes qui utilisent des drogues injectables

Les experts ont décrit les nombreux obstacles qui empêchent les jeunes qui utilisent des drogues injectables et ceux qui sont atteints du VIH/sida d'obtenir du traitement. Deux principaux obstacles personnels ont été évoqués :

- l'isolement et la marginalisation des jeunes qui utilisent des drogues injectables ainsi que la distance (émotionnelle et physique) à l'égard des systèmes destinés au grand public;
- le degré élevé de méfiance et d'hostilité à l'égard de ce système qui fait qu'ils hésitent à révéler leurs problèmes et ce qui fait que les jeunes qui utilisent des drogues injectables hésitent à participer au traitement.

Aucun obstacle familial ou communautaire n'a été noté. Cependant, un certain nombre d'obstacles liés aux programmes ou à la structure ont été décelés. Ces obstacles tournaient autour de deux thèmes :

- l'absence de programmes accessibles et efficaces de traitement continu à la méthadone pour ceux qui sont à la fin de l'adolescence et pour ceux qui sont admissibles à ce type de traitement;
- le manque de services spécialisés qui tiennent compte des besoins particuliers des jeunes qui utilisent des drogues injectables et de ceux qui sont atteints du VIH/sida.

Les répondants ont noté que les jeunes qui utilisent des drogues injectables sont caractérisés par de nombreux problèmes et par un sentiment d'isolement renforcé par des comportements qui semblent parfois relever d'un rituel. Les victimes du VIH/sida sont mis à l'écart des autres jeunes qui suivent le traitement et ont peu de choses en commun avec ces derniers. Il faut que les programmes commencent par répondre aux besoins pratiques (par exemple fournir des seringues propres) sans que l'on n'impose trop de restrictions ou de conditions au début du traitement ou de la thérapie.

8.2.4 Jeunes de minorités ethnoculturelles

Les experts ont désigné plusieurs obstacles personnels ou familiaux, liés aux structures ou aux programmes auxquels les jeunes des minorités ethnoculturelles doivent faire face. Le principal obstacle personnel a été défini comme un ensemble de croyances culturelles qui existe au sein de nombreuses minorités ethnoculturelles et qui consiste à dissuader les jeunes d'admettre, d'analyser et de résoudre leurs problèmes d'alcool et de drogues. Dans la culture asiatique par exemple :

> *Il y a davantage de stigmates associés aux problèmes d'alcool et de drogues. . . ils ne font pas état de leurs problèmes à l'extérieur de leur milieu culturel.*

Il est possible que les traditions culturelles offrent un soutien aux jeunes en leur permettant d'obtenir de l'aide de la part de réseaux non officiels (soutenus par la culture) plutôt que des ressources externes (centrées sur la collectivité). Il est possible que les familles renforcent cette habitude en dissuadant les jeunes qui tentent d'obtenir des ressources externes ou en ne tenant pas compte des besoins de leurs enfants. Dans certains cas, le manque de compréhension donne lieu à des conflits entre les générations.

Le manque de sensibilité des travailleurs et le manque d'aptitudes et de formation interculturelles ont également été décrits comme des obstacles pour cette partie de la population. La langue est vue comme un obstacle supplémentaires lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des services et à des

ressources. Les parents, et parfois les jeunes, risquent de ne pas suffisamment connaître l'anglais ou le français pour suivre un traitement. Les experts ont également souligné que l'absence de services d'approche adaptés à la culture pour les communautés ethniques constituait un obstacle supplémentaire. Les approches efficaces comprennent les éléments suivants :

- les services d'approche doivent être fournis dans la rue;
- adopter des approches propres à chaque culture;
- prendre en compte les barrières linguistiques.

8.2.5 Jeunes autochtones

Les experts ont déterminé que les jeunes autochtones devaient faire face à des obstacles liés à la famille ou à la communauté de même que des obstacles liés aux programmes ou à la structure. Des obstacles linguistiques ont également été décelés par bon nombre d'experts. Il est possible que les parents éprouvent de grandes difficultés par rapport à la langue, ce qui les empêche de participer à la guérison de leurs enfants. Les experts ont également souligné que bon nombre de jeunes autochtones proviennent d'un milieu où l'alcoolisme et la toxicomanie constituent un problème grave. Il est parfois plus difficile de réagir à la consommation excessive d'alcool dans certaines communautés autochtones.

Les experts ont également souligné que les programmes de traitement pour les jeunes n'obtiennent pas de soutien au sein des communautés autochtones et que les parents demandent rarement de l'aide en raison de facteurs liés à la communauté et à leurs propres antécédents en matière d'abus ou d'éclatement familial. La plupart des experts s'accordent pour dire que les programmes de traitement entraînent souvent une certaine marginalisation ou qu'ils ne sont pas adaptés à la culture des jeunes autochtones. Certains répondants ont énoncé les caractéristiques d'un traitement adéquat d'un point de vue culturel. Il s'agissait des éléments suivants :

- langue appropriée;
- prise en compte des éléments spirituels (croyances et pratiques) dans le cadre du traitement;
- personnel autochtone;
- diffusion de renseignements adaptés à la culture;
- mise en contact de jeunes autochtones avec des services sociaux et du soutien destiné aux autochtones.

8.2.6 Jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire

Les experts ont décrit les jeunes qui avaient des démêlés avec le système judiciaire comme le groupe qui a le plus de chances de s'opposer au traitement (qui leur est souvent imposé), en raison du manque de motivation[5], et comme celui qui a le moins ou aucun soutien familial. Les obstacles structurels désignés par les experts sont les suivants :

- l'absence de traitements disponibles, que ce soit dans le système judiciaire ou le système de traitements pour l'alcoolisme et la toxicomanie. Habituellement, le système correctionnel ne fournit pas de traitements et le système de services pour les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie refuse parfois de fournir des traitements aux délinquants juvéniles, en particulier lorsque des questions juridiques sont en suspens;
- les employés des services correctionnels ne connaissent pas toujours les possibilités de traitement et ne les comprennent pas forcément; il est possible qu'ils n'inscrivent pas les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie aux programmes communautaires appropriés;
- la culture « fermée » des jeunes délinquants qui rend les traitements de groupe difficiles. Cette culture est caractérisée par le secret et la loyauté envers le groupe.

> *De bien des manières, il s'agit là de nos jeunes les plus difficiles. Ils connaissent le système et ils savent comment répondre aux exigences mais ils n'apprennent rien (ce qui aurait été nécessaire pour effectuer des changements).*

5 Plusieurs experts ont cependant souligné que les jeunes qui étaient obligés de suivre le traitement risquaient de se sentir soulagés de devoir faire face à leur alcoolisme et leur toxicomanie.

Tableau 5 : Obstacles au traitement : jeunes avec des besoins spéciaux : le point de vue des experts

Groupe	Obstacles personnels	Famille/ communauté	Programmes/structure
Jeunes de la rue	▪ Ne s'inscrivent pas d'eux-mêmes ▪ Problèmes multiples ▪ Méfiance à l'égard du système ▪ Ne connaissent pas les points d'accès	▪ Manque de soutien de la part de la famille et des proches lorsqu'il s'agit d'obtenir du traitement	▪ Manque de programmes d'approche efficaces ▪ Manque de souplesse des services ▪ Conditions d'entrée des traitements ▪ Manque de services connexes (par exemple l'hébergement) pour faciliter le traitement
Jeunes avec des problèmes concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale	▪ Aucun consensus parmi les experts	▪ Aucun consensus	▪ Manque de planification, de coordination et de compréhension entre les systèmes de traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie et pour la santé mentale ▪ Dépistage précoce inadéquat; aptitude à fournir ces services ▪ Nombre insuffisant de programmes visant à répondre aux besoins précis des patients ▪ Manque de personnel qualifié pour s'attaquer aux deux types de problèmes
Jeunes qui utilisent des drogues injectables	▪ Nombreux obstacles ▪ Isolement et marginalisation à l'égard de la société ▪ Méfiance/hostilité envers le système	▪ Isolement général et manque de liens pour les soutenir	▪ Traitements continus à la méthadone inadéquats ou inaccessibles ▪ Manque de compréhension à l'égard des besoins spéciaux ▪ Nécessité de tenir compte des besoins pratiques de façon préalable et concomitante aux traitements pour l'alcoolisme et la toxicomanie
Jeunes de minorités ethnoculturelles	▪ Les croyances culturelles renforcent le sentiment de dénégation et poussent les jeunes à nier leurs problèmes ▪ Davantage de stigmates sont liés aux problèmes d'alcool et de drogues	▪ Possibilité que les familles nient les problèmes ▪ Possibilité qu'elles n'accordent pas leur soutien au traitement/chercher à résoudre les problèmes à l'interne ou au sein de sa propre collectivité ▪ Malentendus et conflits entre les générations	▪ Absence de services d'approche adaptés à la culture ▪ Obstacles linguistiques, en particulier les obtsacles liés à la langue des parents ▪ Manque de sensibilité des travailleurs ou d'aptitudes et de formation interculturelles
Jeunes autochtones	▪ Aucun consensus	▪ Niveaux élevés d'alcoolisme et de toxicomanie dans certaines collectivités autochtones ▪ Le traitement offert aux jeunes pourrait être vu comme inapproprié et ne pas recevoir de soutien ▪ Les familles ne demandent pas à recevoir de l'aide	▪ Obstacles linguistiques (y compris les obstacles linguistiques des parents) ▪ Manque de programmes adaptés à la culture

Tableau 5 : Obstacles au traitement : jeunes avec des besoins spéciaux : le point de vue des experts (suite)

Jeunes qui ont des démêlés avec le système judiciaire	▪ Résistances à l'égard du traitement obligatoire ▪ Culture de ses pairs	▪ Souvent, aucun soutien familial	▪ Absence de programmes correctionnels qui permettent de résoudre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ▪ Obstacles qui empêchent d'accéder aux programmes communautaires ▪ Le travail de groupe est difficile pour les contrevenants ▪ Le personnel des services correctionnels n'ont pas assez de connaissances sur le système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie - ils ne réfèrent pas souvent les jeunes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie

8.3 Obstacles au traitement : examen de la documentation

On dénombre peu d'articles qui portent précisément sur les obstacles auxquels les jeunes doivent faire face, en particulier dans les sous-groupes définis dans le cadre de cette étude. L'une des raisons est que l'accès au traitement, pour les jeunes, repose davantage sur un traitement obligatoire où les obstacles personnels sont un facteur moins important. Les experts ont fait état de nombreux problèmes liés à la dénégation ou à la crainte d'admettre que l'on a des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie comme principal obstacle au traitement. Homel (tel que cité par Spooner et coll., 1996) a également étudié la question de la dénégation. Dans le cadre d'une étude portant sur des jeunes de 16 à 21 ans qui consommaient des drogues illicites, Homel a découvert que les adolescents consommaient une quantité de substances qui risquaient fortement d'influencer leur aptitude à fonctionner de manière productive dans le reste de la société, mais que cela n'était pas vu comme un problème. Les participants définissaient plutôt un « problème » comme le fait que « la dépendance soit si forte qu'ils n'auraient pas pu s'arrêter » (Spooner et coll., 1996 : 3-15).

Au lieu de demander aux jeunes s'ils avaient un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues, Bungey et Faulkner (tels que cités par Spooner et coll., 1996) ont demandé à des jeunes si leur consommation d'alcool ou autres drogues avait engendré des problèmes pour eux dans les 12 derniers mois. Cette question a incité les répondants à faire part de nombreux problèmes de nature personnelle, juridique, financière, professionnelle et interpersonnelle. Cette étude semble indiquer que les jeunes peuvent faire état de problèmes précis liés à leur consommation mais qu'ils n'ont pas tendance à considérer l'alcoolisme et la toxicomanie comme un problème en soi.

La documentation met en valeur la pertinence de certains facteurs que les experts ont définis commes des obstacles au traitement, par exemple la coexistence de troubles psychiatriques et de facteurs de risque (Bukstein et coll., 1989; Weinberg et coll., 1998), l'influence des pairs (Spooner et coll., 1996) et les abus subis par les enfants (Blood et Cornwell, 1996). Cependant, dans ces articles, ces caractéristiques n'ont pas été définies clairement comme des obstacles au traitement mais comme des facteurs ayant une influence sur le résultat des traitements.

9. Meilleures pratiques : dépistage de traitement, prise de contact et engagement

9.1 Dépistage de traitement, prise de contact et engagement : le point de vue des experts

Les experts ont décrit un certain nombre de meilleures pratiques en matière de services de dépistage, de prise de contact et d'engagement pour les jeunes en traitement. Les commentaires des experts ont été divisés en quatre catégories générales :

- emplacement et accessibilité physique du traitement;
- approche et philosophie du programme;
- stratégies d'approche du programme;
- structure et contenu du programme.

9.1.1 Emplacement et accessibilité physique des programmes

Les experts ont souligné l'importance que le personnel étende ses services de dépistage à tous les lieux de la collectivité où les jeunes se rassemblent (centres commerciaux, écoles, rues, centres de santé mentale, clubs, établissements de loisirs). Ils ont mis l'accent sur l'importance d'avoir des liens étroits avec les écoles ainsi qu'une présence renforcée dans celles-ci.

> *Ne vous attendez pas à ce que les jeunes marginaux se présentent d'eux-mêmes, il faut aller à leur rencontre dans les centres commerciaux, les arcades, les centres d'accueil et les écoles.*

Les experts ont souligné le fait que les « services de dépistage de traitement » ne portaient pas uniquement sur l'emplacement géographique mais que cela correspondait à un certain type de relation entre le personnel et les clients.

> *Les travailleurs de rue se placent au même niveau que les jeunes de la rue; les travailleurs démontrent de la compassion et ils peuvent répondre à des besoins pratiques.*

Les programmes d'alcoolisme et de toxicomanie doivent permettre de créer des liens de collaboration et de soutien à long terme avec les gens de la collectivité qui travaillent directement avec les jeunes, surtout le personnel scolaire. Les répondants ont souligné l'importance que les programmes soient accessibles, pour les jeunes, de manière conforme à leurs besoins (par exemple au moyen d'un service d'accueil). Les jeunes devraient être en mesure d'accèder à un certain niveau de services à tout moment sans être limité par les heures de bureau. Cet aspect est particulièrement important pour les jeunes de la rue. Les répondants ont également noté qu'il devrait y avoir moins de restrictions au sujet de la phase initiale de services. La démonstration d'un comportement violent devrait être l'une des rares restrictions qui entraînerait le renvoi à un programme plus spécialisé pour répondre aux besoins des jeunes qui souffrent de graves problèmes comportementaux.

9.1.2 Approches et philosophie des programmes

Les experts ont décrit bon nombre de caractéristiques relevant de meilleures pratiques en matière des approches et de la philosophie des programmes. Il s'agit des éléments suivants :

- une approche consensuelle, respectueuse où l'on ne porte pas de jugement au sujet des jeunes;
- une connaissance de la situation des jeunes et de leur langue;
- les objectifs et les buts du traitement doivent être déterminés par les jeunes en fonction de leurs besoins (centrés sur les clients);
- l'importance d'instaurer un milieu sûr du point de vue physique et émotif pour le traitement (où les jeunes se sentent protégés, confortables et où l'on répond à leurs besoins fondamentaux).

9.1.3 Stratégies de dépistage des programmes

De nombreux autres professionnels (enseignants et conseillers, personnes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, travailleurs de rue) sont les premiers points de contact pour les jeunes. Les experts ont souligné le fait que les employés des programmes doivent fournir de la formation et maintainir des relations de soutien et de collaboration avec ces personnes afin de simplifier l'accès au traitement. Les experts ont également déterminé que les programmes devaient intégrer des stratégies visant à simplifier l'accès aux membres de la famille qui veulent apporter leur soutien, avant même d'entrer en contact avec le jeune.

Il arrive souvent qu'un parent ou un ami appelle au sujet d'un adolescent; les organismes devraient être prêts à rencontrer ces gens, peut-être même sans l'adolescent lors de la première rencontre.

***

Notre programme transmet une lettre d'orientation et d'invitation à tous les parents des adolescents liés au programme de traitement pour les jeunes.

9.1.4 Structure et contenu des programmes

On est parvenu à un consensus général sur les deux éléments de traitement qui suscitaient la participation des clients.

- L'importance de faire immédiatement participer les jeunes grâce à la prestation de diverses activités récréatives qui sont amusantes, sans risques et qui permettent d'établir des liens de confiance et des relations positives entre les employés et les clients.

  Nous effectuons des sorties de plein air (kayak), sous la supervision d'une personne occupant un poste clé, avec un ou deux jeunes. Nous les remettons sur pied, les aidons avec la désintoxication, les mettons sur la bonne voie puis les confions aux services de counselling.

- L'importance de créer et de soutenir des activités de prévention scolaires ou communautaires qui offrent une image moins menaçante et qui permettront aux jeunes d'obtenir du traitement.

Tableau 6 : Meilleures pratiques en matière de dépistage de traitement, de prise de contact et d'engagement : résumé des points de vue des experts

Domaine des meilleures pratiques	Thèmes abordés par les répondants
Lieu du programme/accès au programme	▪ Services de dépistage directs de la part du personnel dans les lieux fréquentés par les jeunes ▪ Élaborer des relations de soutien à long terme entre le personnel et les clients ▪ Encourager les liens entre les programmes et les écoles ▪ Fournir des services aux jeunes en tout temps (24 heures sur 24) ▪ Utiliser les programmes de prévention de la collectivité comme partie intégrale de l'accès au traitement ▪ Peu de conditions d'accès (critères d'entrée peu exigeants)
Services de dépistage	▪ Services d'accueil pour stimuler l'accès au traitement ▪ Entretenir de vastes réseaux d'aiguillage ▪ Former les gens qui seront amenés à faire des recommandations ▪ Faire participer les proches avant même de recontrer le jeune, selon le cas
Approche/philosophie	▪ Personnel respectueux qui n'émet pas de jugements ▪ Connaître la situation des jeunes et leur manière de s'exprimer ▪ Traitement centré sur les clients ▪ Instaurer un milieu de traitement sûr, sécuritaire et confortable
Structure/contenu des programmes	▪ Organiser des activités récréatives (amusantes et sans risques) ▪ Actvités de prévention scolaires et communautaires

9.2 Services de dépistage de traitement, prise de contact et engagement au traitement : examen de la documentation

Il y a relativement peu de documents qui traitent précisément des aspects du traitement qui permettent de susciter la participation des clients au traitement. Spooner a émis l'observation suivante :

> Les services tendent à être peu attirants pour les adolescents : les adolescents ont peur de la plupart des services, des membres du personnel et de la manière dont ils vont être traités. Cela constitue un obstacle à la recherche d'un traitement et, une fois qu'ils y sont inscrits, les adolescents ne désirent pas continuer à recevoir des services qu'ils n'aiment pas et pour lesquels ils ne se sentent pas à l'aise.
> (Spooner, 1996 : 29)

Spooner en a conclu que le milieu physique du traitement devait être attirant et ne pas faire penser à une clinique. L'atmosphère doit être relaxante et détendue tout en étant dynamique. Brown a noté que les établissements de traitement conçus pour offrir un traitement aux adultes projettent parfois une ambiance de clinique qui repoussent les jeunes clients. Il a également déclaré ce qui suit :

> Plutôt que de mettre l'accent sur les rendez-vous qu'il faut prendre et respecter, il faudrait adopter un calendrier de travail qui permette aux jeunes de se présenter sans préavis afin d'obtenir certains services. (Brown, cité par Spooner, 1996 : 39)

Une étude menée par Aquilar et Munson (1992) démontre l'utilité des loisirs et de la récréation à titre de stratégies d'intervention et de traitement pour les jeunes qui ont des problèmes d'alcool ou de drogues; cependant, elle ne permet pas d'établir de liens entre ces conclusions et la participation des clients.

10. Rétention des clients au traitement

10.1 Rétention des clients au traitement : le point de vue des experts

10.1.1 Commentaires généraux

La documentation semble démontrer que le maintien des clients en traitement constitue un problème dans de nombreux services de santé, y compris le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les experts s'entendent généralement pour dire que les clients qui abandonnent le traitement ont beaucoup plus de chances d'avoir, de nouveau, des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (Stark, tel cité par Spooner et coll., 1996). Par ailleurs, on reconnaît que l'abandon du traitement est « normatif », quelles que soient les modalités du traitement, et que l'on peut néanmoins retirer certains avantages d'un traitement de courte durée. Les jeunes constituent un cas particulier pour ce qui est du traitement parce qu'ils :

> . . . tendent à ne pas se porter volontaire pour profiter des services de traitement. La plupart y sont forcés par leur famille, par l'école, par le système judiciaire ou par d'autres. Souvent, les adolescents considèrent que le traitement est impossible à obtenir, inapproprié, effrayant, désagréable ou pas très utile. (Spooner et coll., 1996 : 72)

Certains des experts qui ont participé à cette étude voyaient le concept de « maintien » d'un oeil critique car ils jugeaient que c'était une approche statique qui ne correspondait pas à la réalité des jeunes.

Les jeunes sont en train de suivre un processus – le programme peut être fructueux même s'ils ne restent pas jusqu'au bout.

***

Les jeunes vont poursuivre un programme tant qu'ils en retirent quelque chose – les gens doivent comprendre que le fait de quitter un programme fait partie du processus.

Les experts ont énuméré les meilleures pratiques liées au maintien dans les domaines suivants :

- évaluation et admission;
- philosophie et approche du programme;
- dépistage et engagement de la famille;
- contenu du programme;
- besoins des groupes spéciaux.

10.1.2 Évaluation et admission

Deux aspects de l'évaluation et de l'admission ont été citées à titre de meilleures pratiques qui suscitent le maintien des jeunes en traitement :

- L'importance de la concordance entre le client et le traitement (dès le début de celui-ci); il faut tenir compte de la préparation des clients ainsi que des objectifs et des méthodes du traitement et tenter de faire concorder ces éléments. Plusieurs répondants ont recommandé l'utilisation du modèle des étapes du changement pour faire concorder le traitement avec le client.

  Il faut faire concorder le traitement avec la situation dans laquelle les jeunes se trouvent, par exemple, nous ne pouvons offrir un traitement aux jeunes qui en sont encore à l'étape pré-contemplative.

- L'importance de fournir aux clients et aux familles, dès le départ, des informations détaillées sur le programme de manière créative et intéressante.

  On leur donne un livret intitulé « Bienvenue à ____ » qui leur explique tout, notamment au sujet des appels téléphoniques. Il n'y a donc pas de surprises.

***

Il y a un atelier d'une journée pour les jeunes qui s'opposent au traitement – ils font des jeux de rôles, mangent de la pizza, effectuent une évaluation et, parfois, les jeunes voient que ce n'est pas si mal de suivre un traitement.

10.1.3 Approche et philosophie des programmes

La plupart des experts s'entendaient sur le fait que la compréhension et l'admission des rechutes ainsi que la réduction des méfaits constituaient les meilleures pratiques pour encourager les jeunes à poursuivre le traitement. Cette double approche (admission de la rechute/utilisation d'un modèle de réduction des méfaits) a été décrite de diverses manières, mais elle comporte toujours les éléments communs suivants :

- accepter la rechute des jeunes comme une part inévitable du rétablissement;
- ne pas considérer la rechute comme un échec mais comme une occasion d'apprendre au sujet des éléments qui sont à l'origine de la consommation d'alcool et autres drogues et des manières d'en réduire la consommation;
- la nécessité de mettre l'accent sur les objectifs personnels du client, et sur l'influence de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur ces objectifs, plutôt que de seulement mettre l'accent sur l'alcoolisme et la toxicomanie en tant que telle;
- l'élaboration d'une relation de soutien à long terme entre le personnel et les clients, dans le cadre de laquelle on accepte et on analyse la rechute;
- la présence de stratégies de programme visant à encourager les jeunes à reprendre le traitement après une rechute éventuelle.

Parallèlement à cette double approche, les experts se sont presque tous entendus sur l'importance d'une approche centrée sur les clients qui encourage ceux-ci à participer à l'élaboration des objectifs et à la planification du traitement.

> *Nous développons un contrat avec le jeune – il/elle détermine le domaine dans lequel il/elle devra faire des efforts (par exemple, tenter de réduire sa consommation ou arranger sa situation familiale), les éléments qui permettront d'évaluer sa réussite, la fréquence des séances – ce modèle fait qu'ils se sentent en contrôle.*

Ils ont également parlé de l'importance d'une approche *souple* en matière de résultats du traitement. Le succès d'un traitement n'est pas toujours évident. Les besoins sont variables et les jeunes apprennent tous à leur propre rythme.

La structure et la durée du traitement peuvent varier en fonction des sous-groupes auxquels appartiennent les jeunes – il faut laisser les jeunes progresser à leur propre rythme.

Enfin, les experts ont indiqué qu'une approche de soutien axée sur le respect, de la part du personnel, constituait l'élément le plus important lorsqu'il s'agit d'inciter les jeunes à poursuivre leur traitement.

Ne vous fiez pas à une thérapie de nature théorique si vous accordez véritablement une valeur aux jeunes, si vous croyez en eux et si vous les voyez comme des survivants dynamiques et intelligents – respectez les réllement; cela est très important pour eux. Cela les pousse à se présenter et à travailler. S'ils se sentent valorisés, ils se sentent importants et ils auront envie de travailler d'eux mêmes.

10.1.4 Dépistage auprès des familles

Les experts s'entendaient généralement sur l'importance de faire participer les familles au traitement de manière active. La participation d'au moins un membre de la famille (un frère, une soeur ou un parent) est considérée comme essentielle. Les experts reconnaissent que les familles ont souvent des besoins différents (du point de vue de la thérapie, de l'éducation ou du soutien) auxquels les programmes doivent répondre. Parfois, des tâches effectuées auprès des parents constituent le point d'entrée des jeunes en matière de traitement.

Il arrive que l'on passe un an et demi à travailler avec les parents ou les adultes importants aux yeux d'un enfant, sans jamais rencontrer l'enfant ou presque.

10.1.5 Contenu des programmes

Les experts ont désigné une vaste approche psychoéducative comme la meilleure manière d'inciter les jeunes à poursuivre le traitement (voir la section 12.0 pour plus de détails sur les méthodes de traitement). Dans le cadre de cette approche globale, les experts ont souligné l'importance de fournir un milieu de traitement qui soit sûr, amusant et qui comporte diverses activités récréatives.

10.1.6 Besoins des groupes spéciaux

Dans la plupart des cas, les commentaires généraux émis par les experts concernaient également les jeunes de divers sous-groupes spéciaux. Cependant, certains commentaires s'adressaient directement à ces sous-groupes. Les experts se sont entendus sur les éléments suivants :

- **Les jeunes de la rue/les jeunes autochtones** ont surtout besoin d'un lieu de traitement sûr et sécuritaire.
- **Les jeunes autochtones** ont besoin de programmes dans lesquels ils peuvent intégrer les croyances et les pratiques traditionnelles de la communauté autochtone. Il faut que le traitement comporte des éléments qui tiennent compte des pratiques, des croyances et des besoins spirituels.

Tableau 7: Maintien des clients en traitement : le point de vue des experts

Domaines des meilleures pratiques	Résumé des points de vue des experts
Évaluation et admission	▪ Importance de faire concorder le traitement avec le client (par exemple, l'intervention doit correspondre aux étapes du changement) ▪ Possibilité d'obtenir (rapidement) des informations concrètes sur le programme
Approche du programme	▪ Modèle de réduction des méfaits ▪ Approche souple et ouverte ▪ Personnel respectueux et engagé qui offre du soutien ▪ Comprendre/accepter et gérer les rechutes ▪ Mettre l'accent sur des objectifs personnels d'importance ▪ Personnel qui soit en mesure d'inciter les jeunes à reprendre le traitement si une rechute se produit
Extension des services aux familles	▪ Participation de la famille (dès le début du traitement) ▪ Évaluer les divers besoins familiaux et y répondre
Contenu du programme	▪ Approche psychoéducative globale ▪ Activités appropriées du point de vue culturel ▪ Aspect récréatif ▪ Environnement sécuritaire ▪ Amusement, créativité

10.2 Rétention au traitement : examen de la documentation[6]

Il y a relativement peu de documents qui traitent précisément de la rétention au traitement et qui soient axés sur les jeunes. Cependant, les questions de rétention au traitement sont souvent abordées lorsqu'il s'agit d'évaluer les approches, les méthodes ou l'efficacité des traitements. Pour ce qui est de la documentation qui porte sur les adultes, les principales variables qui permettent de prévoir le taux de rétention sont un mélange de données démographiques, familiales et structurelles. Spooner et coll. (1996) ont résumé les facteurs qui ont la plus forte influence sur le maintien des clients en traitement.

- l'âge;
- le niveau de scolarité;
- le type de psychopathologie (par exemple, la dépression);
- le niveau de soutien offert par la famille et les amis;
- la quantité d'alcool ou de drogues consommée avant le début du traitement;
- les conditions d'hébergement (sont-elles stables ou instables?).

La documentation a permis de dégager des liens entre des éléments des programmes de traitement et la poursuite du traitement (chez les adultes). Il s'agit des éléments suivants :

- l'évaluation et l'examen continu des progrès;
- le fait de tenir compte des problèmes psychologiques;
- le fait de tenir compte des besoins familiaux;
- le fait de tenir compte des besoins individuels;
- l'attention soutenue à l'égard des nouveaux clients (en milieu résidentiel) (Condelli et De-Leon tels que cités par Spooner et coll., 1996).

Miller (tel que cité par Spooner et coll., 1996), qui a procédé à une compilation des opinions émises par le personnel, a désigné les éléments de programme qui avaient le plus de chances de susciter la rétention au traitement des jeunes clients. Parmi ces éléments, on retrouve la nécessité d'encourager la spontanéité, les activités, le perfectionnement et l'autonomie des clients, la nécessité d'adopter une orientation personnelle et pratique en matière de résolution de problèmes et d'encourager les gens à exprimer leurs sentiments. Les employés ont également souligné la nécessité d'avoir un niveau adéquat de structure et d'organisation, de clarté du programme et de contrôle du personnel (afin de s'assurer de la sécurité des clients). On estimait également qu'un milieu sécuritaire serait important pour la poursuite du traitement à long terme.

6 Les questions relatives à la rétention au traitement sont également abordées dans la section 12.

Schonberg (tel que cité par Spooner et coll., 1996) a noté l'importance de faire concorder le traitement avec le client de manière à les inciter à poursuivre le traitement. Le traitement du client nécessite l'évaluation et la pondération de nombreux facteurs comme le niveau de toxicité, les effets du sevrage, les questions de nature médicale, intrapersonnelles, interpersonnelles et environnementales.

11. Principes et valeurs du traitement

11.1 Principes et valeurs du traitement : le point de vue des experts

Les experts ont fait état de 12 principes philosophiques ou valeurs substancielles qui, selon eux, sous-tendent un traitement fructueux chez les jeunes. Certains de ces éléments ont déjà été abordés (section 10.0). Nous les avons décrits comme s'appliquant à tous les jeunes qui reçoivent un traitement.

Tableau 8 : Principes et valeurs des traitements : le point de vue des experts

Principe	Commentaires des experts
1. La planification et la prestation du traitement devraient être extrêmement individualisées, axées sur les clients et centrées vers les clients. Les instruments comme le modèle des « étapes du changement » ainsi que les techniques d'entrevue motivationnelle sont compatibles avec cette approche.	▪ Commencez au niveau où en sont les jeunes et respectez leur situation. ▪ Le traitement doit être conçu pour répondre aux objectifs de traitement individuels et pour aider les résidants à atteindre leurs objectifs.
2. Bien qu'il existe parfois un antagonisme entre le modèle de réduction des méfaits et le modèle de l'abstinence, l'approche de réduction des méfaits est la plus efficace et celle qui correspond le mieux aux besoins des jeunes et à leur évolution. Enseigner aux jeunes la manière de rester en sécurité constitue le jalon de cette approche.	▪ Les enfants doivent être placés dans la situation la plus sécuritaire possible en matière de réduction des méfaits. ▪ S'ils continuent de consommer, expliquez-leur comment le faire en toute sécurité. ▪ La plupart des gens vont, progressivement, arrêter de consommer en vieillissant. Le travail du fournisseur est de s'assurer qu'ils se soustraient à l'alcoolisme et à la toxicomanie sans séquelles.
3. Le traitement devrait offrir certains choix et être axé sur des choix. Il est préférable d'utiliser un modèle multidimensionnel éclectique plutôt qu'une approche de traitement unidimensionnelle.	▪ Les thérapeutes doivent être conscients de toutes les approches existantes – et changer de l'une à l'autre au besoin. ▪ Offrez diverses possibilités.
4. Le traitement devrait évaluer les jeunes dans le cadre d'un *système* – composé par la famille, les pairs, la collectivité et d'autres personnes (les enseignants, les conseillers et le personnel du service correctionnel).	▪ Les enfants doivent être liés à tous les membres de leur communauté, par exemple, les aînés. ▪ Écoutez très attentivement ce que les clients ont à dire au sujet de la collectivité et de l'identité des intervenants de la collectivité auxquels ils accordent du respect.

Tableau 8 : Principes et valeurs des traitements : le point de vue des experts (suite)

Principe	Commentaires des experts
5. Le traitement devrait avoir une ambiance d'entraide respectueuse, sécuritaire et ouverte.	▪ Dans notre programme, il n'existe pas de question que l'on ne puisse aborder. ▪ Donnez-leur le sentiment qu'ils font partie d'une collectivité, qu'ils vivent dans un lieu sûr et offrez-leur un amour inconditionnel. ▪ Respectez-les et traitez-les comme des êtres humains.
6. Lorsque cela s'avère faisable, les familles devraient jouer un rôle important dans le cadre du traitement. S'ils n'ont pas de famille stable, on devrait créer une famille constituée d'adultes représentatifs.	▪ La famille doit participer, et si le jeune n'a pas de famille, il faut en créer une; une « famille de choix ». Les jeunes choisissent des gens de la collectivité à titre de famille.
7. Le traitement doit tenir compte de l'identité et des besoins des jeunes du point de vue spirituel, mental, émotionnel et physique.	▪ Il faut fournir une orientation spirituelle à ces enfants. ▪ Les faire participer à des cérémonies traditionnelles comme celles de la suerie et de la danse du soleil.
8. Les programmes devraient se conformer, en premier lieu, au principe du « traitement à intervention minimale » (à la lumière d'une évaluation et d'un choix de traitement appropriés).	▪ L'erreur consiste à imposer, dès le début, un programme très sévère et très intensif.
9. Le personnel doit respecter et valoriser les jeunes qui suivent le traitement de même qu'avoir confiance en leurs motivations fondamentales et leurs valeurs.	▪ Les jeunes sont de bonnes personnes, il est possible qu'ils fassent des bêtises, mais ils vont arriver à s'en sortir. ▪ Aidez les jeunes à renforcer leur vécu – à se rendre compte qu'ils sont importants et qu'ils arriveront à se trouver un travail. ▪ Montrez-leur d'autres manières de se voir.
10. Lorsque cela s'avère possible, l'enseignement devrait être de nature expérientielle et être mené de diverses manières.	▪ Fournissez un traitement axé sur les activités (par exemple, les arts martiaux et les sports) au sein de la collectivité, pour explorer leurs intérêts et les inciter à développer davantage leurs intérêts.
11. Le traitement devrait mettre l'accent sur les éléments positifs, pas sur les lacunes de la vie des jeunes. Le « modèle de résilience » constitue une approche utile.	▪ Mettez l'accent sur les éléments positifs, pas uniquement sur les problèmes à régler. Découvrez les forces positives des jeunes, mettez l'accent sur celles-ci et renforcez-les. ▪ Évitez de ne penser qu'aux lacunes – renforcez les aptitudes déjà existantes. ▪ Ne désignez pas les gens comme des personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie – cela ne permet pas aux jeunes d'évoluer.

Tableau 8 : Principes et valeurs des traitements : le point de vue des experts (suite)

Principe	Commentaires des experts
12. Le traitement devrait mettre l'accent sur l'acquisition de compétences précises qui permettent de rehausser l'estime de soi.	▪ L'un des objectifs principaux est d'améliorer l'aptitude des enfants liés à divers aspects de leur vie, ce qui leur permettra de devenir des personnes capables de prendre de bonnes décisions. ▪ Fournissez aux jeunes les outils nécessaires pour qu'ils comprennent ce qu'ils doivent faire pour leur propre bien, comment prendre des décisions responsables lorsqu'il s'agit d'établir des objectifs et de les atteindre.

11.2 Valeurs et philosophie du traitement : examen de la documentation

Spooner et coll. (1996), dans le cadre d'un examen complet de la documentation portant sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes et comportant de nombreuses consultations effectuées auprès de la collectivité et des clients, a énoncé trois principes fondamentaux du traitement destiné aux jeunes. Selon Spooner et ses collègues, des programmes efficaces devraient :

- **Être globaux et complets.** Aborder divers problèmes (par exemple les problèmes pratiques, les abus subis par les enfants) à l'aide de diverses stratégies (counselling, perfectionnement des compétences, soutien et aiguillage);
- **Intégrer la réduction des méfaits.** Bien que l'abstinence constitue toujours un objectif utile, la plupart des jeunes ne sont pas prêts à changer leur vie de manière fondamentale; par conséquent, il y a bien des chances que l'abstinence à long terme ne soit pas du tout réaliste. Même lorsque l'abstinence constitue un objectif, les stratégies de réduction des méfaits sont nécessaires;
- **Être appropriées pour les jeunes.** Les expériences et les besoins des jeunes sont fondamentalement différents de ceux des adultes. Une approche de traitement axée sur les adultes devrait être évitée.

Spooner et ses collègues ont également signalé d'autres principes et valeurs liés au traitement, y compris l'importance des éléments suivants :

- fonder le traitement sur les étapes du changement et sur les besoins des jeunes;
- percevoir le traitement comme un processus, pas une série d'événements;
- prendre conscience que la consommation d'alcool et autres drogues occupe une certaine fonction pour les jeunes. Le perfectionnement des compétences et l'acquisition de stratégies de prise en charge devraient tenir compte de ces besoins;

- faire participer les jeunes à l'élaboration, à la mise en oeuvre et la révision des règles et des restrictions des programmes;
- éviter les désignations négatives pour les jeunes en traitement;
- concevoir un système de traitement collaboratif qui ne soumet pas les jeunes à la pression de devoir découvrir et obtenir par eux-mêmes diverses ressources.

La plupart de ces commentaires sommaires se retrouvent dans les meilleures pratiques décrites par les experts (section 11.1).

Un examen des recherches axées sur les résultats effectué par Catalano et coll. (1990-1991) a permis de mettre en valeur l'importance du soutien familial pendant le traitement et l'efficacité de l'enseignement de compétences. Un examen de la documentation portant sur l'efficacité des traitements pour la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents effectué par Faist et Harvey-Jansen (1994) a également permis de découvrir que les approches suivantes se conformaient aux principes énoncés ci-dessus. Cette étude a également permis de souligner l'importance des éléments suivants :

- la souplesse du traitement;
- les évaluations officielles qui permettent de fournir un traitement qui correspond au client;
- la participation de la famille à la thérapie;
- la prestation d'un ensemble de services connexes de soutien.

Une étude de plus grande envergure menée par Chinman et Linney (1998) a permis de désigner le modèle de renforcement de l'autonomie comme l'un des modèles les plus utiles pour ce qui est d'améliorer les résultats des jeunes dans divers contextes de prévention et d'intervention. Le modèle de renforcement de l'autonomie comporte de nombreuses valeurs essentielles au traitement désignées par les experts, notamment :

- mettre l'accent sur les forces des jeunes, pas sur leurs lacunes;
- une approche collaborative (centrée sur les clients) en matière de prévention et d'intervention;
- priorité sur l'acquisition de compétences qui permettent aux jeunes de s'auto-réglementer;
- utiliser une théorie du changement qui tienne compte de l'évolution (des nouveaux points de vue et des nouvelles aptitudes mènent à une sensibilisation accrue, ce qui mène à de nouveaux choix);
- la valorisation des crises et des conflits à titre d'incitations à l'action et au changement;

- l'utilisation d'un langage suscitant l'autonomie;
- la présence d'éléments de soutien (activités, participation de la collectivité) pour soutenir le renforcement de l'autonomie.

12. Approches et méthodes de traitement

12.1 Approches et méthodes de traitement : le point de vue des experts

On a demandé aux experts de désigner des approches et des méthodes de traitement efficaces qui touchent aux questions fondamentales des jeunes qui sont aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues. Les approches et les méthodes ont été étudiées du point de vue des domaines suivants :

- les problèmes de santé des jeunes en traitement (par exemple, les troubles alimentaires);
- les problèmes personnels comme la santé mentale, l'estime de soi et les besoins qui découlent des changements liés à la croissance;
- les questions interpersonnelles qui sont importantes aux yeux des jeunes (relations avec la famille et les pairs);
- la gestion et la prévention des rechutes.

12.1.1 Approches de traitement pour aborder les questions de santé physique

La consommation d'alcool et autres drogues a une influence directe et indirecte sur la santé des consommateurs, bien que la documentation sur l'alcoolisme et la toxicomanie aborde essentiellement les effets à long terme sur les adultes. Les conséquences sur la santé dépendent des substances consommées, des doses, de la fréquence et de la durée de la consommation, de la manière de la consommer et des résultats de cette utilisation.

Les problèmes liés à la santé qui découlent de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes et les adultes (résumés par Spooner et coll., 1996) comprennent :

- des réactions aux produits chimiques des drogues;
- des effets toxiques marqués;
- des symptômes de sevrage;
- l'infection par le VIH;
- d'autres infections virales à diffusion hématogène (hépatite);
- des infections là ou se fait l'injection;
- des suicides et des tentatives de suicide;
- des blessures (accidents de la route);

- des troubles psychologiques (comme la dépression)
- des problèmes et des carences alimentaires;
- des troubles alimentaires.

Une étude australienne (menée par English et D'Arcy et citée par Spooner et coll., 1996) a révélé que 18,3 p. 100 de tous les décès chez les jeunes Australiens (de 15 à 19 ans) étaient liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues (1992). La consommation d'alcool était liée aux accidents de la route et au suicide. Les gens qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues de manière excessive au cours de leur adolescence ont, au début de l'âge adulte, un taux de mortalité cinq fois plus élevé que ceux qui en consomment peu ou pas. Cependant, bon nombre des effets d'alcoolisme et de toxicomanie sur la santé n'apparaissent qu'après des années de consommation régulière.

Les experts ont proposé les approches suivantes pour répondre aux problèmes de santé des jeunes en traitement. En voici quelques exemples :

- Une évaluation complète de la santé physique (y compris une gamme de fournisseurs de soins de santé) au début du traitement;

  > *Nous utilisons un instrument de dépistage assez vaste qui permet de déceler les troubles alimentaires et les autres problèmes de santé mentale.*
  >
  > ***
  >
  > *Il y a une évaluation médicale juste avant qu'on ne commence le traitement – bon nombre d'entre eux prennent des médicaments – ils font l'objet de consultations (chez le nutritionniste, le médecin, l'allergologue, le psychologue).*

- Une interprétation globale de la santé et des évaluations de santé (y compris les éléments physiques, psychologiques et nutritionnels);
- Un aspect précis du programme éducatif qui comporte des informations complètes sur la nutrition;
- Accès facile à une gamme d'experts pour les clients et le personnel (par exemple, les experts des troubles alimentaires et les nutritionistes);
- Une approche cognitive comportementale du traitement qui permet aux jeunes d'explorer, de déterminer et de mettre en application des éléments d'un mode de vie sain. Les programmes doivent diffuser une grande variété de renseignements afin que les jeunes puissent obtenir et utiliser les éléments dont ils ont besoin;

Habituellement, on aborde les questions de santé en fonction des approches éducatives et comportementales, ce qui justifie des modes de vie sains. Par exemple, les relations sexuelles protégées, l'état de santé, l'alimentation, le sommeil et l'exercice.

- La possibilité d'obtenir du counselling en tête à tête pour aborder des questions de santé de manière approfondie;
- Les employés qui agissent comme modèles en matière de choix de vie sains;
- Une approche dynamique à l'égard des ressources en santé. Certains répondants ont souligné qu'ils aimaient accompagner les jeunes lors de visites chez les médecins ou dans les cliniques de manière à servir de liaison et à fournir du soutien.

12.1.2 Approches et méthodes de traitement pour aborder les questions personnelles (y compris les problèmes de santé mental)

Il existe un lien important entre la consommation d'alcool et d'autres drogues et les troubles psychologiques. Nous avons demandé aux experts de désigner les approches et les méthodes de traitement qui permettraient de prendre des mesures efficaces en matière de santé mentale. Dans la plupart des cas, les recommandations portant sur les meilleures pratiques étaient destinées aux jeunes souffrant de troubles légers (manque de confiance, piètre estime de soi).

Bien que cette question ait suscité de nombreuses réponses, il y avait seulement un consensus au sujet de l'une des approches– en l'occurence, le fait que la meilleure méthode pour aborder les questions personnelles est une approche de renforcement des compétences qui permet de construire une image positive et d'améliorer son estime de soi. Les experts ont défini le renforcement des compétences de la manière suivante :

- Comporte divers éléments, notamment :
  - renforcement de l'estime de soi;
  - analyse de la nature d'une vie saine et adoption de ce mode de vie;
  - acquisition d'outils pour la gestion de la colère et du stress;
  - compétences d'affirmation de soi.

- Séances de formation de natures diverses, effectuées dans divers milieux à l'aide de petits ateliers, d'exercices de création, de thérapie par l'art, de simulations, de consultations individuelles, de travaux de groupe et de thérapie familiale;

- Adapté à la culture (dans le cas des collectivités autochtones, il faut que cela comporte de la formation sur les compétences et les pratiques traditionnelles et que l'on y intègre des cérémonies traditionnelles);
- Pratique et axé sur les solutions;
- Amusant, créatif, expérientiel (y compris l'art, l'artisanat, les jeux et les autres activités récréatives).

12.1.3 Approches et méthodes pour aborder les questions interpersonnelles

Il semble y avoir un lien étroit entre les problèmes de consommation d'alcool et autres drogues et le fait que les relations familiales soient problématiques.

Dans le cadre d'une étude portant sur 1 483 jeunes (âgés de 12 à 19 ans) qui avaient participé à des programmes de traitement aux États-Unis, 73 p. 100 d'entre eux ont déclaré avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues pour gérer des problèmes familiaux ou pour échapper à ces problèmes, et 54 p. 100 pour « faire partie d'un groupe » (Bergmann, 1995 : 455). Une proportion importante de ces jeunes proviennent de familles jugées dysfonctionnelles; 24 p. 100 ont déclaré avoir fait l'objet de violences physiques et 38 p. 100 ont déclaré que leur père consommait de l'alcool ou des drogues.

Les experts ont souligné l'importance d'intégrer les familles au traitement grâce à divers moyens, y compris le soutien familial, la thérapie de groupe et l'information des parents. Les structures conseillées pour susciter la participation de la famille étaient diverses. Il s'agissait :

- programme éducatif (hebdomadaire) de huit semaines pour les parents;
- groupes de soutien hebdomadaire;
- séminaires ou ateliers intensifs;
- counselling destiné aux familles;
- participation aux cercles de guérison familiaux.

Les experts ont souligné l'importance de faire participer les aînés et la famille lorsqu'il s'agit de jeunes autochtones. Quelques-uns des répondants ont noté l'importance de se servir des interactions et des groupes de pairs pour faciliter l'analyse des questions interpersonnelles (voir section 15.2).

> *Nous encourageons l'apprentissage auprès des pairs et nous utilisons des groupes de pairs pour servir de modèles et pour mettre en pratique ses compétences.*

12.2 Meilleures pratiques en matière de gestion et de prévention des rechutes

Les experts voient la prévention et la gestion des rechutes comme une partie intégrale du traitement. Les experts ont noté six éléments qui relèvent de meilleures pratiques en matière de gestion et de prévention des rechutes :

- Une approche philosophique où l'on ne perçoit pas la rechute comme un échec, mais comme un événement probable qui permettra au client de murir et de changer;

> *Accorder moins d'importance aux rechutes – il ne faut que cela ait l'air d'un échec mais comme une partie du processus de rétablissement. L'abstinence n'est pas la seule façon de faire. S'ils désirent s'arrêter totalement, récapitulez tout ce qui est arrivé afin qu'ils puissent en tirer des leçons.*

- La conception d'un plan de traitement (avec le client) ainsi que d'un ensemble d'objectifs personnels mineurs et réalisables à court terme qui sont concrets aux yeux du client et qui engendrent des sentiments de réussite;
- L'importance de désigner les éléments déclencheurs de la consommation d'alcool et autres drogues et d'enseigner des compétences précises et concrètes pour gérer cette consommation à des moments cruciaux (c'est-à-dire découvrir les situations à risques élevés, les éléments déclencheurs, les stratégies d'évitement, les soutiens et les plans qui permettent de gérer les situations à risque);
- L'exploration des autres questions liées à la rechute (par exemple la gestion du stress);
- L'élaboration d'un système de soins de longue durée et de personnes ressources pour le programme. Les personnes ressources sont nécessaires pendant un an après le traitement, voire plus longtemps dans certains cas;
- La création de connexions pour les jeunes de la collectivité (services de counselling, activités récréatives et autres ressources) qui peuvent servir d'occasions de soutien et de renforcement des compétences après la fin du traitement.

Tableau 9 : Approches et méthodes de traitement spécifiques pour supporter un traitement efficace : le point de vue des experts

Domaines des meilleures pratiques	Thèmes abordés par les experts
Questions de santé physique	▪ Évaluation complète de la santé au début du traitement ▪ Évaluation de la santé, y compris la condition physique, psychologique et nutritionnelle ▪ Éducation, fournie par le programme, en matière de nutrition ▪ Simplifier l'accès aux consultations par des experts (par exemple, pour les troubles alimentaires) ▪ Approche cognitive et comportementale pour aider à définir les objectifs en matière de santé et de mode de vie ▪ Services de counselling en tête à tête pour analyser des questions de santé ▪ Le personnel constitue un modèle du point de vue du mode de vie ▪ Le personnel aide les clients à obtenir des services de santé
Questions de santé mentale, d'estime de soi et de perfectionnement	▪ Une approche de renforcement des compétences qui : – Est éclectique – Comporte de la formation sur les modes de vie sains, la gestion de la colère et la réduction du stress – Est pratique et axée sur les solutions – Est amusante et créative – Est adaptée à la culture et qui est présentée de diverses manières (consultation en groupe ou en tête à tête)
Questions interpersonnelles	▪ Approche dynamique consistant à faire participer les familles au traitement de diverses manières ▪ Stimuler l'interaction au sein de groupes de pairs (apprentissage, modèles, soutien)
Prévention des rechutes	▪ Perspective philosophique à l'égard des rechutes ▪ Les objectifs que l'on peut atteindre à court terme sont fixés de concert avec les jeunes ▪ Le traitement vise à étudier les éléments déclencheurs des rechutes ainsi que les mesures à adopter ▪ Le traitement aborde d'autres questions liées aux rechutes (comme le stress) et des manières de traiter ces questions ▪ Le programme fournit des soins de longue durée ▪ Établir des connexions avec les jeunes au sein de la collectivité afin de fournir du soutien à long terme

12.3 Approches en matière de traitement : examen de la documentation

Un examen ciblé de la documentation portant sur le traitement a globalement confirmé les opinions des experts, bien qu'elle ait révélé qu'il fallait augmenter considérablement le nombre de recheches sur les méthodes de traitement avant qu'on ne puisse déterminer et reconnaître la supériorité d'une procédure par rapport à une autre (Spooner et coll., 1996 : 6-14).

Catalano et coll. (1990-1991) ont noté que les taux de rechute chez les jeunes qui faisaient l'objet de traitements postérieurs étaient élevés (35 à 85 p. 100) et qu'il existait divers types de rechutes.

> Les rechutes peuvent être des consommations épisodiques espacées dans le temps ou des consommations épisodiques élevées pendant plusieurs jours. Aucun de ces deux cas ne mène forcément à une consommation incontrôlée et compulsive. Certains affirment même que ces rechutes peuvent constituer des expériences d'apprentissage positives (Brownell et coll., ainsi que Marlatt et Gorden cités par Catalano et coll., 1991 : 1105).

L'étude menée par Catalano et coll. (1990-1991) sur les résultats des traitements a permis d'établir un parallèle entre les éléments suivants et la réussite du traitement :

- l'existence de services spéciaux qui suscitent le perfectionnement des compétences des clients (éducation, formation, relaxation, éducation sexuelle et récréation);
- l'existence d'activités récréatives actives et d'activités récréatives axées sur les compétences;
- la participation des parents ou d'une figure parentale au traitement (si les parents peuvent y contribuer de manière constructive);
- la possibilité d'obtenir de la thérapie familiale, de la thérapie familiale comportementale ainsi que des approches combinées structurales-comportementales.

L'étude de Bergmann et coll. (1995) sur le post-traitement, menée sur 1 483 jeunes dans le cadre de plus 30 programmes de traitement en établissement et de traitement résidentiel en Amérique du Nord, a révélé que les jeunes qui avaient les moins bons résultats après six mois de post-traitement étaient ceux qui avaient les moins bonnes stratégies et compétences de gestion des rechutes.

Emrich (tel que cité par Bergmann et coll.) a découvert que la poursuite de la thérapie et des soins après la fin du traitement en établissement constituait un facteur déterminant de la réussite du traitement. Le soutien familial, au cours du processus de rétablissement, était également fortement lié à la réussite du

post-traitement. Cependant, Bergmann et coll. ont noté que la participation de la famille au traitement devait être adaptée à chaque cas pour répondre aux besoins du client :

> La participation de la famille, en général, est un facteur très important de la réussite. Cependant, un programme familial générique et structuré ne permettra jamais de réaliser pleinement son potentiel du point de vue des résultats du traitement. Dans certains sous-groupes composés d'éléments masculins, les principaux problèmes familiaux auxquels il faut s'attaquer relèvent de la consommation d'alcool et d'autres drogues par les parents, des questions relatives aux abus et de l'établissement de paramètres comportementaux tout en vivant chez soi pour stimuler le rétablissement. Pour les femmes, le programme sera plus efficace s'il est centré sur les questions d'estime de soi et d'anxiété ainsi que sur la mise en oeuvre d'une ambiance de soutien propice au rétablissement. (Bergmann et coll., 1995 : 469)

Dans le cadre d'une méta-analyse et d'un examen de la documentation, Stanton et Shadish (tels que cités dans Weinberg et coll., 1998) ont déclaré que la thérapie familiale était plus adéquate (par rapport à la psychoéducation familiale et aux groupes de soutien) pour les jeunes en traitement. Joanning et coll. (1992) ont noté l'efficacité de la thérapie familiale stratégique structurelle qui consiste à faire participer tous les membres de la famille, qu'ils soient liés au traitement ou pas. D'autres modèles intégrés (la thérapie familiale multidimensionnelle) ont également engendré un bon taux de réussite. Azrin et coll., (1994), dans le cadre d'une étude avec un groupe contrôle, ont découvert que les approches cognitives comportementales (y compris l'apprentissage par observation du thérapeute, la pratique, l'auto-enregistrement, les devoirs thérapeutiques écrits, le contrôle des stimulis et des impulsions ainsi que le contrôle social et les contrats sociaux) étaient liées à la réussite du post-traitement.

Bien que Spooner et coll. (1996) aient conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de recherches pour définir les traitements efficaces, à la lumière d'un examen portant sur 17 études, ils ont rendu la conclusion suivante :

> Les stratégies de traitement semblent privilégier la thérapie familiale, l'acquisition de compétences et la thérapie cognitive comportementale, qui sont des éléments qui semblent tous avoir une certaine influence sur le résultat des traitements. Pour la thérapie familiale cependant, ce ne sont pas tous les adolescents qui disposent du soutien suffisant, de la part de leurs familles, pour obtenir de bons résultats de traitement, ce qui diminue donc la valeur de ce genre de traitement pour certains adolescents. (Spooner et coll., 1996 : 6-14)

13. Structure, durée et intensité des programmes

13.1 Structure et durée des programmes : le point de vue des experts

13.1.1 Structure du programme

La plupart des experts s'entendent pour dire que le traitement des jeunes devrait être distinct du traitement des adultes. Les raisons pour une distinction claire comprennent les éléments suivants :

- la nécessité que le traitement réservé aux jeunes mette l'accent sur les questions de croissance qui ne concernent pas les adultes;
- l'inaptitude des jeunes à analyser des questions relatives à leur enfance, ce qui est important pour les adultes;
- différences de motivation des adultes et des jeunes qui sont en traitement;
- perspectives différentes, entre les adultes et les jeunes, sur la vie et les besoins;
- le risque que les jeunes soient exploités dans un milieu de traitement pour adultes.

Le deuxième élément qui, selon les experts, relève des meilleures pratiques était l'importance que le traitement soit adapté au client. Les options de traitement doivent être souples et fondées sur une évaluation des besoins et de la motivation des jeunes. Les experts ont également souligné la nécessité d'avoir une gamme de services qui comporterait les éléments suivants :

- des services de désintoxication;
- des services de dépistage dans la rue;
- des services de prévention;
- des services résidentiels;
- des traitements externes de jour;
- des soins de longue durée.

On fournit une gamme de services en commençant par les services qui risquent le moins de perturber les clients puis en progressant vers des services de plus en plus poussés.

La plupart des répondants ont décrit tous les modes de traitement comme valides et en ont conclu que la forme précise de traitement devrait être déterminée en fonction des besoins particuliers. Quelques répondants ont déclaré que le traitement externe constituait la forme la plus efficace de traitement pour les jeunes car elle permettait aux clients de mettre en oeuvre

leurs compétences de tous les jours et leurs stratégies de prise en charge dans un milieu réaliste. Les jeunes qui ont généralement le plus besoin de traitements résidentiels sont, notamment, ceux qui :

- utilisent des solvants;
- proviennent de familles où les parents consomment de l'alcool ou d'autres drogues ou de familles où les enfants sont extrêmement délaissés;
- ont quelque chose sur le coeur en raison des mauvais traitements dont ils ont fait l'objet dans leur passé;
- ont eu relativement peu de succès dans leurs traitements en raison d'autres problèmes que l'on pourrait partiellement éliminer dans un milieu résidentiel.

13.1.2 Durée du programme

Une gamme de recommandations a été émise pour ce qui est de la durée que pouvait avoir le traitement. Les experts ont souligné qu'il n'existait pas d'approche universelle en matière de durée du traitement et que la durée du traitement dépendait des besoins du client, de leur niveau de développement et de leur évolution. Les experts s'entendaient généralement pour dire que la durée du traitement externe devrait être d'environ trois à six mois, sans compter un programme structuré de soins de longue durée.

> *La durée varie en fonction des besoins – certains enfants ont besoin de mois, même d'années de traitement de jour, d'autres ont besoin de deux ou trois mois de traitement résidentiel et certains ont besoin de soins de longue durée pendant près de six mois; certains adolescents ont besoin de plus de 30 jours de soins continus de longue durée.*

***

> *Nous disposons d'un programme modulaire qui fonctionne par roulements, c'est-à-dire un mois de guérison traditionnelle autochtone, un mois d'acquisition de compétences quotidiennes, un mois à étudier des stratégies précises de réduction des méfaits afin que les jeunes puissent commencer le programme à n'importe quel moment.*

Les experts ont souligné que des groupes précis (par exemple, les jeunes qui utilisent des solvants) avaient parfois besoin de deux ans de traitement.

Tableau 10 : Structure, durée et intensité du programme : le point de vue des experts

Domaine des meilleures pratiques	Thèmes abordés par les experts
Structure du programme	▪ Traitement des jeunes distinct du traitement des adultes ▪ Le type de client permet de déterminer le type de traitement ▪ Nécessité d'avoir une gamme de services ▪ Commencer par les services qui engendrent le moins de perturbations ▪ Les services externes et les services résidentiels sont tous deux utiles pour les divers types de clients ▪ Les services externes sont plus efficaces du point de vue de l'acquisition de compétences ▪ Les services résidentiels sont plus appropriés pour les clients qui ont des troubles ou des problèmes plus graves (par exemple, les familles qui n'accordent pas de soutien et les jeunes qui utilisent des solvants)
Durée du programme	▪ Pas d'approche normalisée; en fonction des besoins du clients, de son évolution ▪ Au moins 3 à 6 mois pour les services externes ▪ Autres (par exemple, ceux qui utilisent des solvants) 1 ou 2 ans ▪ Le suivi est essentiel (jusqu'à 1 an)

13.2 Structure, durée et intensité du traitement : examen de la documentation

L'influence de la structure de traitement (programmes résidentiels, non résidentiels ou programmes de jour) sur les résultats du traitement fait l'objet de controverses dans la documentation. Dans la cadre d'une enquête portant sur neuf études importantes qui traitaient de l'influence du traitement résidentiel par rapport à celle du traitement par séances, Spooner et coll. ont découvert qu'il n'existait aucune preuve permettant d'affirmer que le traitement résidentiel était plus efficace que l'intervention par séances pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Les auteurs ont donc rendu la conclusion suivante :

> L'argument selon lequel le traitement résidentiel est préférable pour les interventions en matière d'alcoolisme et de toxicomanie chez les adolescents ou les adultes n'est pas convaincant. Cependant, l'utilisation des établissements résidentiels est motivée lorsque le client est sans domicile fixe ou lorsque l'environnement dans lequel il se trouve risque de l'inciter à consommer, à tel point qu'une forme de traitement résidentiel est approprié. (Spooner et coll. 1996 : 6 - 9)

Dans le cadre d'une étude portant sur diverses recherches menées sur le traitement aux adultes, Catalano et coll. (1990-1991) ont découvert que la durée du traitement était davantage liée à la réussite du traitement pour les clients résidentiels que pour les clients externes. Feigelman et coll. (1988) ont découvert que les jeunes qui avaient passé davantage de temps en traitement (un an par rapport à six mois) consommaient moins de substances après le traitement et éprouvaient moins de problèmes connexes. Cependant, le temps passé en traitement était moins important que les autres variables du programme (comme les caractéristiques du personnel).

14. Services de soutien : type et intégration

14.1 Services de soutien nécessaires : le point de vue des experts

Les experts s'entendaient généralement pour dire que les traitements efficaces pour les jeunes étaient de nature holistique, éclectique et comportaient toute une gamme de services connexes. Nous avons demandé aux experts de désigner les services connexes les plus essentiels :

- les services spécialisés de santé mentale et les connexions avec des thérapeutes et des psychiatres pour enfants;
- les services de santé (pour aborder les questions générales de santé physique);
- les services d'éducation (gamme complète de services éducatifs et de soutien scolaire, qu'il s'agisse d'études à domicile ou de tutorat);
- services de soutien au logement pour fournir des logements sûrs et sécuritaires aux jeunes de la rue;
- services récréatifs pour stimuler le renforcement des compétences;
- des services directement destinés aux jeunes des Premières Nations et aux jeunes Inuits afin de leur fournir de la formation et d'aborder des questions de nature linguistique ainsi que pour encourager des pratiques et des liens adaptés à leur culture (par exemple, des pratiques spirituelles et traditionnelles);
- emploi et formation en apprentissage.

14.2 Intégration optimale des services : le point de vue des experts

Les experts ont indiqué plusieurs manières d'intégrer ces services de soutien essentiels. La solution la plus souvent recommandée pour l'intégration de services est axée sur un modèle de gestion des cas qui permet de rapprocher les principaux intervenants à l'aide d'une approche coordonnée centrée sur les besoins individuels des jeunes.

> *Nous avons besoin d'équipes multidisciplinaires (composés de gens importants dans la vie des jeunes) – les enseignants, les agents de probation – pour rencontrer les jeunes de manière à aborder leurs problèmes et à trouver des solutions.*
>
> ***
>
> *Demander à une personne – une personne centrale - de gérer le rôle des principaux intervenants.*

Voici les autres recommandations portant sur l'intégration des services :

- élaborer un ensemble complet de services grâce à l'agence qui fournit le traitement;
- utiliser les systèmes existants (par exemple, l'école) à titre de « portails » pour accèder aux autres ressources (par exemple, des services récréatifs);
- intégrer des ressources et des services précis au programme (par exemple, les services scolaires et récréatifs). Ces services pourraient être gérés par d'autres organismes mais ils seraient sous la responsabilité du programme de traitement.

Il n'y avait pas de documentation portant précisément sur les meilleures pratiques liées à la désignation et à l'intégration de services complémentaires pour le traitement des jeunes.

15. Autres meilleures pratiques : le point de vue des experts

15.1 Caractéristiques du personnel

Nous avons demandé aux experts de désigner les autres aspects de traitement qui sont liés à des résultats positifs mais qui ne sont pas abordés dans les autres sections ci-dessus. Les experts ont décrit diverses meilleures pratiques, en reprenant, dans bien des cas, des thèmes déjà abordés (comme la réduction des méfaits ou la concordance entre le client et le traitement). Parmi les nouveaux thèmes qui sont apparus, on a souligné l'importance que le personnel dispose de caractéristiques précises, à titre de facteur déterminant des résultats et de la réussite du traitement. Les qualités du personnel ont été décrites en rapport avec les attitudes, les antécédents et les compétences. Du point de vue des attitudes, les experts ont indiqué que les thérapeutes les plus efficaces étaient en mesure de :

- faire preuve de respect et de confiance;
- minimiser la structure hiérarchique et travailler de concert avec les jeunes;

> *Les travailleurs doivent faire preuve de respect. Il faut qu'ils aient choisi de travailler avec des jeunes et ils doivent les aimer. Le reste peut leur être enseigné, mais pas cela. À titre d'adultes, il faut être en mesure de gérer les contestations; il ne faut pas se laisser emporter dans des luttes de pouvoir.*

- construire et conserver un rapport positif avec les clients à long terme (notamment après la fin du programme);
- accepter la rechute et ne pas la définir comme un échec;
- aider les jeunes à se redéfinir de façon plus positive;
- servir de modèle pour un mode de vie sain et positif.

L'aspect le plus important des antécédents du personnel, selon les répondants, est leur aptitude à parler en connaissance de cause des questions importantes aux yeux des jeunes. Les experts ont souligné l'importance de connaître directement les différentes cultures et les diverses questions liées à l'orientation sexuelle. Pour ce qui est des compétences propres aux employés, les répondants ont souligné que le personnel devait :

- être formé et qualifié;
- comprendre les questions de croissance et les changements subis par les jeunes;
- comprendre les instruments théoriques comme le modèle des « étapes du changement » et les techniques d'entrevue motivationnelle.

15.2 Participation des adultes en santé/thérapie de groupe

Les experts ont mis en lumière deux aspects du traitement :

- l'importance de faire participer d'autres adultes stables et en santé au traitement des jeunes (en plus de la famille);
- l'importance de la thérapie de groupe en tant que méthode de traitement.
- les experts ont indiqué qu'ils privilégiaient la thérapie de groupe à la thérapie en tête à tête. Le fait de stimuler les connexions positives avec les pairs au moyen de travaux de groupe était considéré comme un élément extrêmement positif de la pratique clinique. Cependant, on a également souligné le fait que ce n'était pas tous les jeunes qui se débrouillent bien en groupes.

15.3 Élargir l'accès au traitement

Les experts ont souligné qu'il n'y avait pas assez de ressources d'un certain type ni d'options offertes aux jeunes en matière de traitement, ce qui fait en sorte que les résultats sont mitigés. Des lacunes précises ont été décelées dans les domaines suivants :

- pas assez de traitements résidentiels, en particulier pour ce qui est des ressources régionales;
- traitement particulier pour les jeunes qui souffrent du syndrome d'alcoolisme foetal/des effets de l'alcool sur le foetus (SAF/EAF);
- accès facile au traitement en temps opportun;
- traitement destiné aux jeunes gais et lesbiennes;
- traitement propre au sexe.

Tableau 11 : Meilleures pratiques : éléments supplémentaires : le point de vue des experts

Domaines des meilleures pratiques	Thèmes abordés par les experts
Caractéristiques du personnel	Attitude : ▪ Respectueux, fait preuve de confiance ▪ Minimise la structure hiérarchique ▪ Établit des rapports positifs pendant les programmes et après ceux-ci ▪ Aide les jeunes à redéfinir une nouvelle image de soi plus positive ▪ Agit comme modèle d'un mode de vie sain Compétences : ▪ Formé/qualifié ▪ Comprend les questions relatives aux jeunes et à la croissance Antécédents : ▪ Sensibilisation aux questions importantes pour les jeunes (comme les questions culturelles et l'orientation sexuelle)
Questions supplémentaires	▪ Besoin d'un personnage modèle de l'extérieur de la famille dans la vie du jeune ▪ Importance de la thérapie de groupe ▪ Nécessité d'adresser les lacunes des services – services résidentiels – SAF/EAF – accroître l'accessibilité – traitement pour les jeunes gais et lesbiennes – traitement propre au sexe

15.4 Meilleures pratiques supplémentaires : examen de la documentation

15.4.1 Caractéristiques du personnel

La qualité des liens entre le personnel et les clients constitue, selon la documentation, un facteur déterminant de la réussite du traitement. Dans un examen portant sur plusieurs études, Russell (1990) a décrit les caractéristiques des employés qui avaient le plus de chances d'entraîner de bons résultats du point de vue des programmes de traitement pour les jeunes. Il a conclu que les employés efficaces étaient ceux qui :

- sont proches des clients;
- sont détendus et attentifs;
- sont capables d'êtres spontanés;
- sont objectifs;
- sont sympathiques;
- sont capables de se mettre au même niveau que les adolescents;
- ont réglé leurs problèmes d'adolescence mais qui s'en rappellent et qui y sont sensibles;
- sont capables de projeter de la confiance.

Alexander et coll. (dans une étude citée par Russell, 1990) ont indiqué que les résultats dépendaient surtout des qualités générales du rapport entre le personnel et les clients. Alexander et coll. (cité par Russell, 1990) en ont conclu que les compétences relationnelles, de concert avec un programme et un cadre opérationnel bien structurés, étaient essentielles à la réussite du traitement. Spooner et coll. (1996) ont également tenté de définir les caractéristiques des employés qui étaient liées aux meilleurs résultats. Les caractéristiques énoncées dans les différentes études sont les suivantes :

- un sens de l'humour;
- l'aptitude à émettre des encouragements et à renforcer les comportements positifs;
- le fait de ne pas être combatif et dirigiste;
- l'aptitude à créer une relation d'amitié et d'entraide avec les clients.

Luborsky (tel que cité par Spooner et coll. 1996) a découvert qu'il y avait une forte corrélation entre l'aptitude d'un thérapeute à créer une relation chaleureuse d'encouragement avec son client ainsi qu'une relation d'entraide dès le début du traitement d'une part, et les résultats de ce traitement d'autre

part. Il a également découvert qu'il y avait également une corrélation entre l'aptitude à mettre en oeuvre, de manière constante, les procédures de traitement établies et la réussite du traitement.

Une étude comparative (menée par McLellan et coll. et citée par Spooner, 1996) portant sur quatre « types » de fournisseurs de traitement a révélé que le personnel le plus efficace était mieux organisé, qu'il rencontrait souvent les clients, qu'il prenait davantage de notes sur les différents cas, qu'il était plus constant dans sa mise en oeuvre des politiques du programme et qu'il faisait davantage appel aux experts. Les conseillers les plus efficaces parvenaient à prévoir les problèmes personnels des clients et élaboraient des stratégies, de concert avec les clients, pour résoudre ces problèmes.

Dans une étude menée par Friedman et Glickman (tels que cités par Catalano et coll. 1990-1991), on a établi des corrélations entre 65 variables de programmes et les résultats des traitements. Les variables relatives au personnel qui avaient une forte corrélation avec la réussite des traitements étaient les suivantes :

- le nombre d'années pendant lesquelles des conseillers avaient travaillé dans le domaine du counselling;
- le nombre de volontaires en contact direct avec les clients;
- le niveau de compétence du conseiller lorsqu'il s'agit de régler des problèmes pratiques avec le client.

16. Évaluer les résultats des traitements

16.1 Évaluer les résultats des traitements : le point de vue des experts

L'objectif de ce rapport était de déterminer les meilleures pratiques liées à la réussite des traitements. Nous avons donc demandé aux experts de définir la notion de « traitement réussi » en précisant les éléments de résultats qui démontraient la réussite. Bien que la réduction de la consommation d'alcool ou autres drogues constitue encore un indicateur de réussite important selon de nombreux experts, la plupart de ceux-ci voient la réussite de manière plus complexe et multidimensionnelle. Les autres variables permettant de mesurer la réussite, selon les experts, sont, notamment, les éléments suivants :

- Les améliorations apportées, de façon générale, à la qualité de vie du client (par exemple, l'état de santé);
- Une forme plus positive d'auto-évaluation (par le client);

- La réalisation d'objectifs établis par le client/l'aptitude à atteindre divers objectifs personnels dans divers domaines;

> *Il existe diverses formes de réussite; il pourrait s'agir d'apprendre à payer son loyer.*
>
> ***
>
> *Tous les facteurs de stabilité constituent une réussite – cela augmente les chances de s'en sortir sans séquelles.*

- L'amélioration des connaissances sur l'influence de l'alcool et des autres drogues avant et après le traitement;
- Moins de démêlés, de la part du client, avec la police et le système judiciaire;
- Diminution du décrochage scolaire et aptitude à fonctionner de manière adéquate en milieu scolaire;
- Satisfaction des clients à l'égard du programme de traitement;
- Présence aux séances de traitement et poursuite du traitement jusqu'à la fin;
- Amélioration des habiletés d'adaptation – aptitude à fonctionner dans divers domaines liés au quotidien (relations avec les pairs, présence à l'école, hébergement);
- Aptitude à réduire les méfaits liés à l'alcool ou aux autres drogues et à se protéger;
- Amélioration des relations familiales.

Les experts s'entendaient généralement pour dire que les indices de réussite ne sont pas uniformes et qu'ils doivent être définis par les clients. Il n'y avait pas de consensus sur la pondération comparative de ces variables.

17. Caractéristiques des programmes modèles

Le tableau suivant permet de résumer les caractéristiques de programmes qui, selon les experts, ont le plus de chances de donner des résultats positifs pour les clients en traitement. Les détails relatifs à ces éléments se trouvent dans le corps du texte.

Élément du traitement	Accessibilité	Approche et philosophie du programme	Évaluation/ admission	Méthodes	Services de dépistge générales	Relations employés/ clients	Participation de la famille
Principes sous-jacents (tous les éléments)		Programme : ■ Très individualisé et centré sur le client ■ Privilégie le modèle de réduction des méfaits ■ Privilégie un choix d'approches et de méthodes ■ Les jeunes reçoivent des soins dans le cadre d'un réseau de liens ■ Prestation d'un traitement sûr et respectueux ■ Participation des familles ■ Le traitement comprend des éléments physiques, émotionnels et spirituels ■ Commencer par les traitements les moins dérangeants ■ Le personnel fait preuve de respect à l'égard de la valeur fondamentale des jeunes ■ L'apprentissage est de nature expérientielle ■ Fondé sur des éléments positifs, pas sur les lacunes ■ Fondé sur l'acquisition de compétences, ce qui accroît l'estime de soi					
Phase de participation des clients	■ Le personnel doit être disponible là où se trouvent les jeunes ■ Accès immédiat en tout temps ■ Simplification des critères d'admission ■ Le programme dispose de services d'accueil	■ Le programme effectue des activités de prévention à titre de moyen d'accès aux services du programme ■ Les services du programme sont fournis dans un milieu sûr, sécuritaire et confortable ■ Le programme est centré sur les clients		■ Le programme comporte des activités récréatives qui ne sont pas risquées ■ Le programme utilise les liens avec la collectivité ainsi que des activités de prévention dans les écoles	■ Séances de soutien et de formation pour le personnel scolaire et les autres professionnels ■ Réseaux d'aiguillage complexes et bien entretenus	■ Le personnel du programme est préparé pour les relations à long terme ■ Le personnel est respectueux et n'émet pas de jugements ■ Le personnel comprend la situation des jeunes	Participation, dès le début, des membres de la famille
La rétention des clients		■ Le programme utilise le modèle de réduction des méfaits ■ Le programme est souple	■ Le programme place les clients dans un traitement adapté	■ Le programme utilise une approche psychoéducative ■ Il comporte des activités adaptées à la culture ■ Il comporte des activités récréatives ■ Il est amusant pour les clients	■ Le programme fournit des informations concrètes au sujet des services, de façon honnête et créative, avant l'admission	■ Le personnel est respectueux et offre son soutien	■ Les familles participent au programme ■ Aborde les besoins des familles à l'aide de diverses approches

Tableau 12 : Éléments de programme modèle : le point de vue des experts

Tableau 12 : Éléments de programme modèle : le point de vue des experts (suite)

Élément du traitement	Accessibilité	Approche et philosophie du programme	Évaluation/ admission	Méthodes	Services de dépistge générales	Relations employés/ clients	Participation de la famille
Approches et méthodes précises de traitement		L'approche cognitive comportementale permet aux jeunes de déterminer leurs modes de vie et de les mettre à l'épreuve. ■ Les approches axées sur le renforcement des compétences permettent d'améliorer l'estime de soi ■ Le programme prône une approche philosophique de la rechute	Un examen complet et multidimension-nel de la santé est effectué au moment de l'admission	■ Prestation d'informations sur la nutrition ■ La thérapie de groupe est l'approche privilégiée ■ Le counselling en tête à tête est préférable lorsqu'il s'agit d'aborder des questions de santé personnelles ■ Le renforcement des compétence permet de réduire le stress, d'acquérir des compétences de la vie quotidienne et de gérer sa colère ■ Les compétences sont enseignées de diverses manières (consultation individuelle ou en groupe, méthodes créatives) ■ Le renforcement des compétences permet d'obtenir des informations sur les compétences culturelles ■ Les éléments déclencheurs des rechutes sont étudiés ■ Le personnel se sert du modèle des étapes de changement et des techniques d'entrevue motivationnelle ■ La prévention des rechutes est intégrée au plan de traitement	■ Le programme simplifie la consultation d'experts ■ Le personnel fournit aux clients des ressources récréatives axées sur la santé ainsi que d'autres ressources ■ Les clients reçoivent de l'aide lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux ressources ■ Établir des connexions pour des activités récréatives communautaires permanentes ■ Le personnel est prêt à s'engager dans des relations à long terme ■ Le personnel accepte les rechutes ■ Les employés ont de l'expérience du point de vue du contexte culturel des clients ■ Le personnel est formé et qualifié ■ Le personnel comprend les étapes de développement des jeunes	■ Le personnel constitue un modèle pour ce qui est des modes de vie sains ■ Le personnel fait preuve de respect et de confiance ■ Le personnel tend à minimiser les liens hiérarchique	■ Les familles participent activement à la thérapie, au soutien ou à l'éducation ■ Divers modèles de soutien et d'éducation sont proposés

Tableau 12 : Éléments de programme modèle : le point de vue des experts (suite)

Élément du traitement	Accessibilité	Approche et philosophie du programme	Évaluation/ admission	Méthodes	Services de dépistge générales	Relations employés/ clients	Participation de la famille
Structure et durée du programme		■ Le traitement est propre aux jeunes ■ Une gamme de services est offerte ■ Le traitement externe est préférable pour la mise à l'épreuve des compétences ■ Le traitement résidentiel est approprié pour ceux qui ont des besoins élevés ■ Aucune durée précise n'est définie ■ Il pourrait falloir 3 à 6 mois pour les patients externes ■ Les soins de longue durée sont essentiels		■ Tenir compte des besoins des clients, de leur niveau d'évolution et de leur situation actuelle	Différents modèles : ■ Services intégrés grâce à la coordination des cas ■ Les services peuvent être obtenus directement dans la collectivité ■ Le programme comprend tous les services		
Services de soutien intégrés au traitement					Les services complémentaires suivants sont intégrés à la vie du client : ■ Services de santé mentale ■ Gamme de services de santé (physique) ■ Services en matière d'éducation ■ Hébergement ■ Services récréatifs ■ Services spirituels et traditionnels autochtones ■ Formation à l'emploi et en apprentissage		
Soins de longue durée				■ Des soins prolongés précis sont prévus ■ Des soins prolongés sont parfois nécessaires pendant près d'un an ■ Le personnel encourage les clients à voir la rechute comme une occasion d'apprendre ■ Les clients utilisent des stratégies de prévention des rechutes	■ Les clients sont en lien avec des services communautaires permanents	■ La relation se poursuit au cours du post-traite-ment	

18. Bibliographie sélective

Addictions Foundation of Manitoba (1997). *Student Survey. Alcohol and Other Drugs: 1997*. Highlight Report, Winnipeg: Addictions Foundation of Manitoba.

Adlaf, Edward M., Frank J. Ivis et Reginald G. Smart (1997). *Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Adlaf, Edward M., Angela, Paglia, et Frank J. Ivis (1999). *Drug Use Among Ontario Students 1977 - 1999. Findings from the OSDUS*. CAMH Research Document Series No. 5 Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Aquilar, Teresita, et Wayne Munson. « Leisure education and counselling as intervention components in drug and alcohol treatment for adolescents », *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 37, nº 3 (printemps 1992), p. 23-34.

Azrin, N. H., B. Donahoe, E. Kogan, V. Bisalel et R. Acierno. « Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study », *Journal of Child Substance Abuse*, vol. 3, nº 3 (1994), p. 1-16.

Beauvais, Fred. « Characteristics of Indian youth and drug use », *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, vol. 5, nº 1 (1992), p. 51-67.

Beauvais, Fred. « The consequences of drug and alcohol use for Indian youth », *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, vol. 5, nº 1 (1992), p. 32-37.

Bell, Tammy. « Whatever happened to adolescent treatment? Feeling the backlash of treatment », *Professional Counsellor*, vol. 10, nº 6 (1995), p. 12.

Bergmann, P. E., M. B. Smith et N. G. Hoffman. « Adolescent treatment: Implications for assessment, practice guidelines and outcome management », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 42, nº 2 (1995), p. 453-472.

Blood, L., et A. Cornwell. « Childhood sexual victimization as a factor in the treatment of substance misusing adolescents », in *Substance Use and Misuse*, vol. 31, nº 8 (1996), p. 1015-1039.

Bukstein, O., D. Brent et Y. Kaminer. « Cormorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents », *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, nº 9 (1989), p. 1131-1141.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Profil canadien : alcool, tabac et autres drogues*, publication commune du CCLAT et de l'ARF, Toronto, 1997.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Profil canadien : alcool, tabac et autres drogues*, publication commune du CCLAT et du CTSM, Toronto, 1999.

Caputo, T., R. Weiler et J. Anderson. *Étude sur le style de vie de la rue*, Santé Canada, Ottawa, 1997.

Catalano, R., J. Hawkins, E. Wells, J. Miller et D. Brewer. « Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse and promising approaches for relapse prevention », *International Journal of the Addictions*, vol. 25, nos 9A et 10A (1990-1991), p. 1085-1140.

Chinman, M. J., et J. A. Linney. « Toward a model of adolescent empowerment: Theoretical and empirical evidence », *Journal of Primary Prevention*, vol. 18, no 4 (1998), p. 393-413.

Eliany, M. et B. Rush. « How Effective are Alcohol and Other Drug Prevention and Treatment Programs? A Review of Evaluation Studies », *A Canada's Drug Strategy Baseline Report*, Ottawa, 1992.

Faist, R., et Z. Harvey-Jansen. *Adolescent Alcohol and Drug Treatment Effectiveness: A Literature Review*, Alberta Alcohol and Drug Commission, Alberta, 1994.

Fast, Dianei, J. Conry, et C. Loock. *Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome and Other Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders in the Juvenile Justice System*, Prairie Province Conference on Fetal Alcohol Syndrome, Alberta, 1999.

Feigelman, W., M. Hyman et K. Amann. « Daycare treatment for youth multiple drug abuse: A six year follow-up study », *Journal of Psychiatric Drugs*, vol. 20, no 4 (oct.-déc. 1988), p. 385-395.

George, M., et H. Skinner. « Assessment », dans Annis, H., et C. Davis, dir., *Drug Use by Adolescents*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1991.

Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey 1996: Summary Report*, Department of HealthAddiction Services, Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, St-John's, 1996.

Greenbaum, P., L. Foster-Johnson et A. Petrila. « Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions », *The American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, 1996, p. 52-60.

Greene, J., S. Ennett et C. Ringwalt. « Substance use among runaway and homeless youth in three national samples », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nº 2 (1997), p. 229-235.

Groupe de travail sur le VIH/sida et l'utilisation de drogues injectables. *Plan d'action national sur le VIH/sida et l'utilisation des drogues injectables*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, Ottawa, 1997.

Santé Canada. *Répondre aux besoins des jeunes à risque au Canada : un résumé des leçons à retenir*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1997, (Cat. #H39-421/ 1998E).

Santé Canada. *Répondre aux besoins des jeunes à risque au Canada : leçons à retenir d'un projet national de développement communautaire*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1997 (Cat. #H39-411/1997E).

Santé Canada. *Conseils pratiques pour le travail auprès des jeunes dans les projets de développement communautaire*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1997, (Cat. #H39-411/1-1997E).

Santé Canada. *La Stratégie canadienne antidrogue*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1998 (Cat. #H39-440/1998E).

Santé Canada. *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1999, (Cat. #H39-438/1998E).

Santé Canada. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Statistique Canada, Ottawa, 1999 (Cat. # 82-570-XIE).

Santé Canada. *La santé des jeunes : tendances au Canada*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1999 (Cat. #H39-498/1999E).

Santé Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : le VIH et le sida chez les jeunes au Canada*, www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/youth_f.html, 1999.

Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 30 juin 2000*, ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 2000.

Hewitt, David, G. Vinje et P. MacNeil. *Horizons trois : mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les jeunes, au Canada*, Ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, Ottawa, 1995 (Cat. # H39-307/3-1996E).

Jessor, Richard. « Adolescent development and behavioural health », dans Annis, H., et C. Davis, dir., *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1991.

Joanning, H., W. Quinn, F. Thomas et R. Mullen. « Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy and family drug education », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 18, nº 4 (1992), p. 345-356.

Knapp, J. E., D. Templer, W. Cannon et S. Dobson. « Variables associated with success in an adolescent drug treatment program », *Adolescence*, vol. 26, nº 10 (1991), p. 305-317.

Lewis, R A., F. Piercy, D. Sprenkle et T. Trepper. « Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents », *Journal of Adolescent Research*, vol. 5, nº 1 (1990), p. 82-95.

Marshall, M., et S. Marshall. « Homogeneous versus heterogeneous age group treatment of adolescent substance abusers », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 19, nº 2 (1993), p. 199-207.

National Institute on Drug Abuse. *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities, Abstract*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington, 1995.

O'Connell, D. « Teaching the high risk adolescent: A survey of effective programs and interventions », *Journal of Chemical Dependency Treatment*, vol. 2, nº 1 (1989), p. 49-69.

Ogborne, A. « Characteristics of youth and young adults seeking residential treatment for substance use problems: An exploratory study », *Addictive Behaviours*, vol. 20, nº 5 (1995), p. 675-679.

Ogborne, Alan. « Justice system clients of a Toronto youth addiction treatment program », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 23 (1997), p. 335-341.

Poulin, C., L. Van Til, B. Wilbur, B. Clarke, C.A. MacDonald, A. Barcelo, et L. Lethbridge. « Alcohol and other drug use among adolescent students in the Atlantic Provinces », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, nº 1, (1999), p. 27 - 29.

Province de la Nouvelle-Écosse. *Student Drug Use 1998*, rapport sur les points saillants, Halifax, 1998.

Roy, Elise. « Youth, alcohol, drugs and HIV: Targeting vulnerable populations », *Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage d'alcool et des autres drogues, actes* (organisé conjointement par Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la Alberta Alcohol and Drug Commission et le Alberta Health AIDS Program), Edmonton, Alberta, févr. 1994, p. 64-67.

Roy, E. « Injection de drogues chez les jeunes de la rue. » Présentations effectuées à la rencontre *Drogues par injections - enjeux pour la société,* Montréal, 12-14 mars 1999.

Russell, A. *Adolescent Substance Abuse Treatment*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Alberta, 1990.

Scheir, L., G. Botvin et Eli Baker. « Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: A prospective analysis », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58, nº 6 (1997), p. 652-667.

Smart, R., et V. Jansen. « Youth substance abuse », dans Annis, H., et C. Davis, dir., *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1991.

Smart, R., et A. Ogborne. « Street youth in substance abuse treatment: Characteristics and treatment compliance », *Adolescence*, vol. 29, nº 115 (automne 1994), p. 733-745.

Spooner, C., J. Howard et R. Mattick. The nature and treatment of adolescent substance abuse: Final report of the adolescent treatment research project, National Drug and Alcohol Research Center, New South Wales (Australie), 1996.

Sweet, E. S. « What do adolescents want? What do adolescents need? Treating the chronic relapser », *Journal of Adolescent and Chemical Dependency*, vol. 1, nº 4 (1991), p. 1-8.

Travers, R., et M. Schneider. « Barriers to accessibility for lesbian and gay youth needing addictions services », *Youth and Society*, vol. 27, nº 3 (1996), p. 356-378.

Varcoe, Colleen. « From "Better Than Nothing" to "Best Practices": A Background Paper on "Best Practices" », *Health Care in Relation to Violence Against Women*, Ministry Advisory Council on Women's Health, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria, 1998.

Weinberg, N. Z., E. Rahdert, J. Colliver et M. Glantz. « Adolescent substance abuse: Review of the past 10 years », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, nº 3 (1998), p. 252-261.

Westermeyer, Joe. « Substance use disorders among young minority refugees: Common themes in a clinical sample », *Substance Use and Misuse*, vol. 32, nºs 12 et 13 (1997), p. 1979-1984.

Wilkinson, D. A., et Garth Martin. « Intervention methods for youth with problems of substance abuse », dans Annis, H., et C. Davis, dir., *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1991.